

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

592

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre Louis LANTHIER

Né le 17 Novembre 1908, à FERRIÈRES-LA-GRANDE (Nord).

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ADÉNOME SOLITAIRE DU FOIE

SON DIAGNOSTIC

SON TRAITEMENT

SON PRONOSTIC

Président : M. B. CUNEO. professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938
—

THÈSE

N°
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Pierre Louis LANTHIER

Né le 17 Novembre 1908, à FERRIÈRES-LA-GRANDE (Nord).
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

L'ADÉNOME SOLITAIRE DU FOIE

SON DIAGNOSTIC

SON TRAITEMENT

SON PRONOSTIC

Président : M. B. CUNEO, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1938

I. — Professeurs

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD
	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	Marcel LABBE
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMATRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
Clinique cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	CROUZON.
	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE	DE GAUDART
BARIETY	D'ALLAINES ..
FENARD Henri	GAYET
BERNARD Et.	DE GENNES ..
BESANÇON (J.) ..	GIROUD
BOULIN	HAGUENAU ..
BULLIARD	HALPHEN
CATHALA	HAZARD
COSTE	HUGUENIN ..
CHEVALLIER ..	JOANNON
DOGNON	LACOMME
FUNCK-	LANTUEJOUL ..
ERENTANO ...	LAROCHE Guy.
FEY	LAVIER
GAILLARD	LELONG
GASTINEL	
	Pathologie chirurgicale
	Physiologie.
	Pathologie médicale.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie
	Pharmacologie.
	Anatomie pathologique
	Hygiène.
	Obstétrique.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale
	Parasitologie.
	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT- DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE ..	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	Clinique médicale
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM

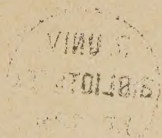
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
METZGER ...	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MA FEMME

A Monsieur le Professeur CUNEO

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur Anselme SCHWARTZ

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Ancien Chirurgien de l'Hôpital Necker

*Dont nous nous honorons d'avoir été
l'élève et qui restera pour nous un exem-
ple et un modèle durant toute notre car-
rière.*

A Monsieur le Docteur Pierre BROCC

Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*Qui nous a inspiré cet ouvrage, qui
nous a donné une grande marque de con-
fiance en nous gardant un an et demi
dans son service, et qui fut pour nous le
Maître dont l'exemple et les conseils ont
le plus nettement marqué notre Internat.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

Monsieur le Professeur WIDAL (*in memoriam*)
Monsieur le Professeur LEJARS (*in memoriam*)
Monsieur le Professeur agrégé AUBERTIN

Externat

Monsieur le Professeur agrégé LIAN
Monsieur le Professeur agrégé SCHWARTZ
Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Internat provisoire

Monsieur le Professeur agrégé HAGUENAU
Monsieur le Docteur METIVET

Internat

Monsieur le Professeur agrégé LE LORIER
Monsieur le Professeur agrégé LEVEUF
Monsieur le Docteur ROUHIER
Monsieur le Professeur agrégé BROCC
Monsieur le Professeur agrégé HEITZ-BOYER

A Messieurs les Docteurs HUARD, SOUPAULT, Chirurgiens des Hôpitaux; CHABRUT, MARSAN, FLANDIN (*in memoriam*), JONARD, LAMY, GODARD, LEPAGE, Accoucheur des Hôpitaux; SOULIE, Médecin des Hôpitaux.

A mes conférenciers Messieurs les Docteurs

FOLLIASSON, POUMAILLOUX, OUMANSKY
DELAFONTAINE, BLANQUINE

A MES AMIS

AUX MEMBRES DE LA SOCIETE CROULEBARBE

Introduction

L'adénome du foie est une tumeur rare et les cas publiés actuellement ne sont pas très nombreux. Néanmoins, des travaux importants ont déjà été consacrés à la question. Tous ces travaux mettent en évidence les grandes difficultés du diagnostic, du traitement et du pronostic. Nous nous proposons d'envisager successivement ces différents chapitres et nous chercherons quels peuvent être les moyens permettant dans une certaine mesure, de surmonter ces grandes difficultés.

Nous commencerons par donner une observation de notre maître, M. le Professeur agrégé Brocq, dans laquelle on trouvera la plupart des problèmes ardues qui se posent au chirurgien devant une pareille tumeur. Cette belle observation nous ayant fait déjà soupçonner toutes les difficultés, nous pourrons passer ensuite à une étude détaillée du diagnostic, du traitement et du pronostic de l'adénome du foie.

Observation personnelle

Le malade, âgé de 43 ans, entre dans le service le 11 janvier 1937 pour une tumeur de l'hypocondre droit.

Le début apparent de la maladie remonte à 18 mois. A cette époque, il a présenté un point de côté violent entraînant un état lipothymique et siégeant sous le rebord costal droit sans irradiations.

La douleur s'atténue et, un mois après, il ne présente plus qu'une simple gêne au niveau de l'hypocondre droit et le malade peut reprendre son travail. Mais, à partir de ce moment, il persiste une asthénie marquée, un tremblement émotif et un état vasomoteur instable avec tantôt rougeur et congestion de la face, tantôt pâleur et sueurs froides.

Il reste ainsi pendant un an. Il y a deux mois une crise semblable à la première se produit et c'est alors qu'il s'aperçoit de l'existence de cette tumeur.

Depuis cette époque, en dehors de ces phénomènes douloureux, le malade ne présentait pas d'autres troubles et n'a pas maigri.

L'EXAMEN DU MALADE montre une masse de l'hypocondre droit.

Son volume est celui d'un melon.

Sa forme est circulaire avec un bord tranchant.

Sa surface est lisse, régulière.

Sa consistance est dure.

Enfin, au moment de l'examen, elle est indolore mais le malade signale qu'habituellement elle est légèrement sensible.

LA PERCUSSION montre que cette masse est mate, mais il est difficile d'affirmer que la matité qui lui correspond est en continuité avec la matité hépatique.

De même, la palpation ne peut permettre de discerner s'il y a continuité ou non avec le bord inférieur du foie difficilement accessible.

LES LIMITES DE LA MASSE sont nettes en bas et en dedans plus difficiles à préciser en haut et en dehors.

— *En bas*, le bord inférieur dépasse légèrement une horizontale menée par l'ombilic et il est tranchant.

— *En dedans*, la limite de la tumeur est nette. Elle atteint la ligne médiane.

— *En haut*, comme nous l'avons vu, la tumeur atteint le rebord costal.

— *En dehors*, elle s'étend jusqu'à la ligne axillaire sans que la limite soit nette.

Cette masse est mobile avec la respiration et donne le ballottement au palper bimanuel.

L'examen du malade en dehors de cette masse est négatif.

— Le teint est clair rosé, sans aucun subictère.

— La rate n'est ni palpable, ni percutable.

— Le cœur est normal, la tension à 12-8.

— De même l'examen du poumon et du système nerveux ne montre aucun signe pathologique.

— L'examen des urines ne montre ni sucre, ni albumine, ni sels, ni pigments biliaires.

— L'urée sanguine est à 0,25.

— Le B. W. est négatif.

ANTÉCÉDENTS. — Le malade est marié, père d'un enfant bien portant. Il a eu une pleurésie en 1921 (sérofibrineuse). Pendant la guerre, il a eu la dysenterie et une rechute en 1925. Depuis, de temps en temps, il présente quelques coliques et des crises de diarrhée. Enfin, il est à signaler qu'il a un chien.

EXAMENS

Des examens multiples ont été pratiqués chez ce malade.

A. *Réaction de Casoni*. — Cette réaction fut nettement négative.

B. *Formule sanguine* qui montre :

Hb : 110 % ;

G.R. : 5.450.000 .

Indice = 1 ;

Leucocytes = 6.300 se décomposant en

neutrophiles : 68 $\frac{1}{3}$ % ;

lymphocytes : 22 $\frac{2}{3}$ % ;

monocytes : 7 $\frac{1}{3}$ % ;

éosinophiles : $\frac{2}{3}$ % ;

basophiles : $\frac{2}{3}$ %.

C. *L'examen de la vésicule après épreuve de Metzer Lyon et à l'huile chaude* montre :

Avant l'épreuve, une bile verdâtre avec passages gastriques ;

Après l'épreuve, une bile verte avec passages gastriques.

Donc, pas de réponse vésiculaire à l'épreuve de Metzer Lyon et à l'huile chaude.

D. *Des examens radiologiques multiples* : rein, vésicule, côlon, estomac.

I. — *Examen radiologique des reins*.

1° *La radio simple* ne montre aucune image de calcul du rein ;

2° *L'urographie endoveineuse avec l'urosélectan* montre l'injection des deux bassins qui sont de dimensions normales.

A noter cependant une injection moins complète des calices du bassin droit ;

3° *L'urétéro-pyélographie rétrograde avec la sonde de Chevassu* montre un bassinnet droit normal, mais une anomalie de siège de l'uretère droit.

L'uretère droit est fortement dévié vers la ligne médiane de L_3 à S_1 . Il chemine à un centimètre de la ligne médiane occupant ainsi une situation nettement prévertébrale. A sa partie supérieure, il part obliquement du bassinnet pour devenir prévertébral. A sa partie inférieure, il fait un coude net.

II. — *L'examen radiologique de la vésicule.*

Avant ingestion de tétraïode ne montre pas d'images de calcul.

Après ingestion de tétraïode, pas d'opacification du cholécyste.

III. — *Côlons.*

Le côlon s'injecte bien et ne présente pas d'altérations pariétales.

Mais il existe une translation en bas et un peu en dedans de l'angle droit dû au développement d'une masse au-dessus de lui.

IV. — *Estomac.*

L'antre, le bulbe duodénal, la deuxième portion sont en situation gauche. Le cadre duodénal n'est pas élargi.

L'estomac ne présente pas de signes de lésions pariétales.

Cette translation de l'estomac et du duodénum peut s'expliquer par l'existence d'une masse para-vertébrale droite.

V. — *Poumons : normaux.*

INTERPRÉTATION PAR M. LE PR. CHIRAY

En somme, il s'agit d'une tumeur de l'hypocondre droit mobile avec la respiration, régulière de contour et donnant le ballottement.

1° *Cette masse ne semble pas d'origine hépatique, ni même vésiculaire*, malgré l'absence de réponses bio-radiologiques. En effet :

Cliniquement, l'examen ne peut permettre de rattacher la tumeur au foie.

Par ailleurs, jamais il n'y a eu de subictère, il n'y a ni sels, ni pigments biliaires dans les urines.

La rate n'est pas augmenté de volume.

D'autre part, s'il s'agissait d'une formation tumorale solitaire (kyste hydatique, cancer), il y aurait des signes concomitants.

Le cancer primitif donnerait une tumeur cliniquement nettement hépatique et, par ailleurs, il existerait une cachexie accentuée, étant donné la durée de l'évolution, durée déjà trop longue pour soulever l'hypothèse de cancer.

Contre le kyste hydatique existe le fait qu'il est impossible cliniquement de rattacher cette tumeur au foie d'une façon affirmative et par ailleurs que la réaction de Casoni est négative et que la formule sanguine est normale.

2° L'absence de signes d'altérations pariétales à la radio du côlon après lavement baryté permet d'éliminer une tumeur colique.

3° *Il semble bien que cette masse soit rétropéritonéale.*

a) Il existe une déviation considérable de l'uretère ;

b) Il existe une translation de l'estomac et du duodénum vers la gauche très importante.

Si l'on admet le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale pour cette tumeur, on peut dire qu'elle n'est pas rénale, le bassinet s'injectant bien et les calices étant absolument normaux après urétéro-pyélographie rétrograde par la sonde de Chevassu.

Il semble donc que l'on ait affaire à une tumeur paranéphrétique.

INTERVENTION

L'intervention est décidée le 29 janvier 1937. Le diagnostic étant très difficile et restant néanmoins hésitant, on se décide à pratiquer une incision d'abord du rein de Bazy qui pourra en cas d'erreur permettre d'avoir rapidement une voie d'abord large sur le foie.

On choisit l'incision de Bazy qui permet de constater qu'il n'existe ni tumeur du rein, ni tumeur paranéphrétique. La tumeur du reste est palpable et on s'aperçoit qu'elle est intra-péritonéale.

L'incision de Bazy est alors complétée par une médiane sus-ombilicale qui la rejoint près de l'ombilic.

On découvre alors une tumeur pédiculée de la face inférieure du foie de la grosseur d'une tête de fœtus coiffée :
à sa face inférieure par le côlon et le mésocôlon,
à sa partie antéro-interne par la vésicule.

On libère le côlon, le mésocôlon, la vésicule et on découvre un pédicule long de 8 à 10 cm. et large de 2 à 3 cm.

Il est sectionné progressivement avec mise en place de points d'hémostase préventive en U.

Peu à peu, il est entièrement sectionné et il reste à placer quelques ligatures sur des points qui saignent encore.

On capitonne la poche par des anses de catgut passant au large et on termine en appliquant l'épiploon sur une surface dont l'hémostase est très satisfaisante.

On place un Mickulicz dans la loge avec trois mèches. Fermeture en trois plans.

SUITES OPÉRATOIRES

Les suites opératoires sont assez simples jusqu'au 10^e jour. Le malade se relève progressivement de son choc. La température descend de 39 à 38°. Les mèches sont enlevées le 5^e jour, le sac le 10^e.

Le 11^e jour se manifestent les signes d'un abcès du poumon de la base droite. Cet abcès évolue peu à peu vers l'évacuation spontanée et le malade sort de l'hôpital le 27 février 1937 continuant à présenter une expectoration importante.

Au mois d'avril 1937, on apprend qu'il fait une réaction pleurale qui s'arrange spontanément.

Depuis le malade a été vu régulièrement, son état va s'améliorant. Il ne maigrit pas. Et la cavité pulmonaire se comble peu à peu. Et on pensait pouvoir écarter toute crainte d'un réveil de bacillose, les examens de crachats n'ayant jamais montré l'existence de *bacilles de Koch* jusqu'au mois de février 1938. A cette époque, on découvre des bacilles de Koch et le malade est envoyé en sanatorium où il est actuellement.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (M. Guy Albot)

Il s'agit d'une tumeur que l'on pourrait qualifier du terme de trabéculo-vésiculaire.

Il existe des formations alvéolaires qui rappellent en tout point ce qu'on a décrit dans les épithéliomas du foie. Elles sont bordées par des éléments épithéliaux de taille variable, mais ayant une certaine tendance à prendre l'aspect cubique. La teinte générale de leur protoplasma est un peu plus basophile que celle des autres éléments. Leur cavité de volume variable, de forme irrégulière contient une sorte de sécrétion qui n'est pas muqueuse, qui semble de nature albuminoïde, et qui prend volontiers les couleurs basiques d'aniline.

Mais, en d'autres points, la prolifération tumorale se présente sous forme de multiples cellules volumineuses ressemblant aux éléments des travées de Remak ; polyédriques par pression réciproque et groupées sous forme de volumineuses travées qui sont séparées les unes des autres par des axes conjonctifs fins contenant des capillaires.

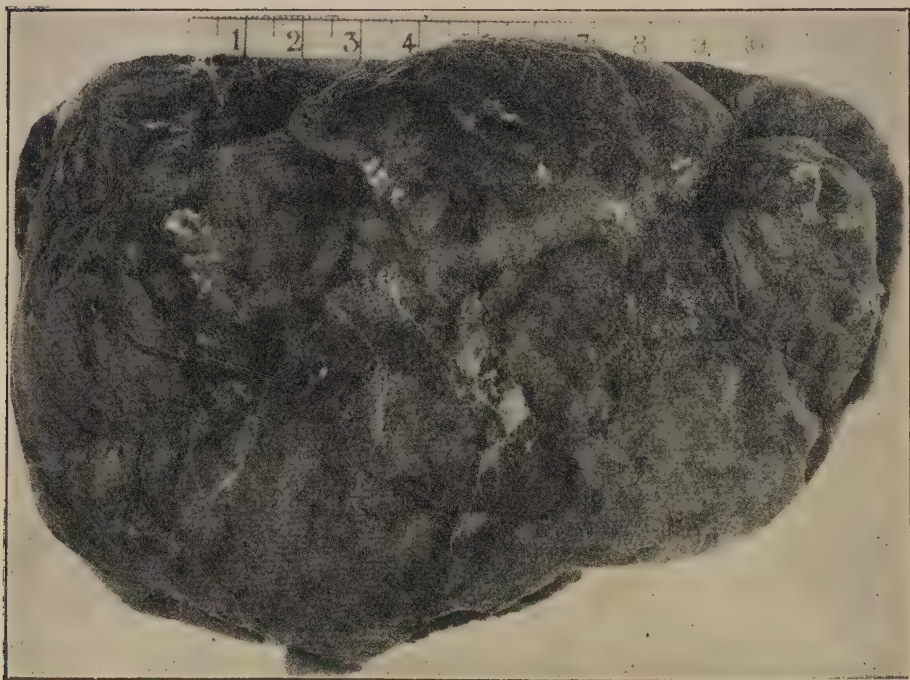


FIG. 1. — Photographie de notre pièce où l'on voit l'aspect bosselé.

On ne peut absolument pas désigner dans la tumeur des régions d'aspect alvéolaire exocrines et d'autres d'aspect trabéculaire endocrines.

Les cavités glanduliformes sont disposées de façon irrégulière plus ou moins denses suivant les points au sein des travées tumorales.

La structure de tous ces éléments cellulaires rappelle les cellules normales du parenchyme hépatique ; mais elles montrent ici un polymorphisme très accentué. Les unes sont claires, volumineuses, arrondies, avec un protoplasma grenu, d'autres sont plus proches des cellules normales, légèrement polyédriques avec des mottes pro-

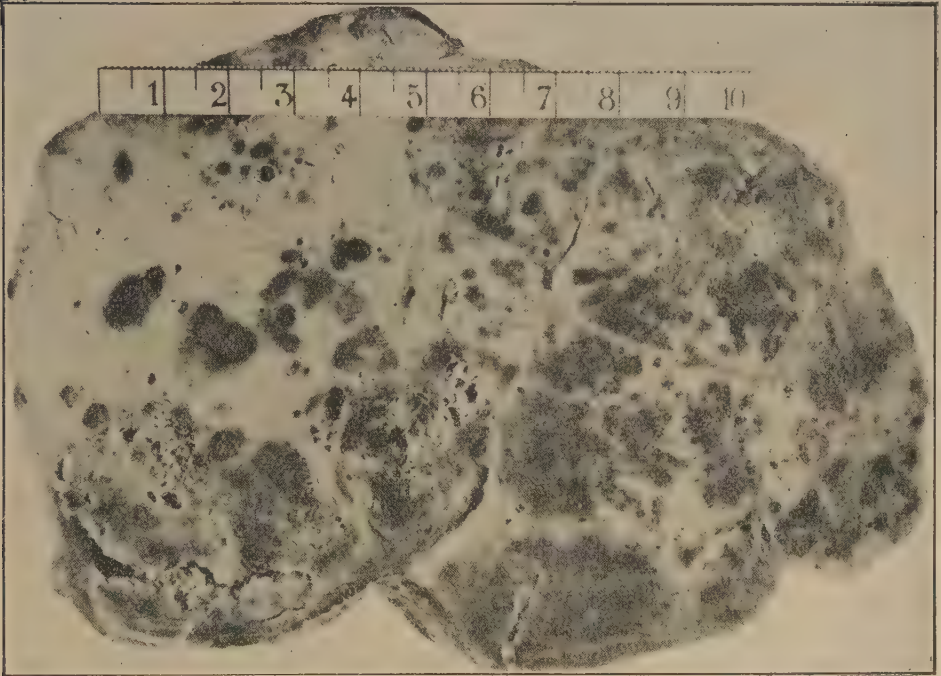


FIG. 2. — Photographie de la coupe de la pièce.

toplasmiques comme les cellules normales, d'autres sont en dégénérescence homogène atrophique. Les noyaux eux-mêmes sont souvent très anarchiques, irréguliers dans leur forme, parfois clairs avec de volumineux nu-

cléoles, d'autres fois constitués d'une chromatine dense et grossière.

Bien qu'on ne trouve pas d'une façon courante de mitoses à plusieurs pôles, la structure si anarchique de ces noyaux permet d'étiqueter cette tumeur dans les tumeurs malignes.

Quant à la trame conjonctive de cette tumeur, indépendamment des petites travées collagènes et des fins capillaires qui séparent les aspects trabéculaires, elle est constituée par de volumineuses bandes de tissu conjonctif qui contient souvent des fragments de parenchyme hépatique normal.

Au sein de cette tumeur on découvre souvent des cavités sanguines qui évoquent l'idée de veines sus-hépatiques et même de formations plus complexes que l'on peut reconnaître comme des espaces portes. Mais il n'est pas possible d'orienter ces formations vis-à-vis d'un lobule hépatique.

Région du pédicule. — La région de transition entre le foie et cette tumeur pédiculée montre de volumineuses bandes de tissu conjonctif qui engainent les espaces portes mais pas de capsule à proprement parler. En certains points on distingue le foie normal et les éléments tumoraux au contact les uns des autres et se pénétrant réciproquement.

Conclusions

Il s'agit donc d'un épithélioma pédiculé du foie qui présente les caractères mixtes d'une tumeur trabéculo-vésiculaire.

DIAGNOSTIC DE L'ADÉNOME
DU FOIE

On peut être appelé à poser le diagnostic d'adénome du foie à tout âge. On l'observe aussi bien chez le vieillard que chez le nourrisson. Ainsi Wiligk l'observe chez un homme de 85 ans et Ribbert chez un nourrisson de quatre mois.

Quel que soit l'âge auquel on le rencontre, l'adénome du foie peut présenter deux aspects cliniques bien différents. Dans un premier cas, il s'agit d'un adénome non compliqué qui pose le diagnostic des tumeurs de l'hypocondre; dans un second, il s'agit d'un adénome compliqué qui revêt alors l'aspect d'un syndrome abdominal aigu pouvant imposer une intervention d'urgence.

Nous envisagerons successivement ces deux éventualités.

I. — DIAGNOSTIC DE L'ADENOME DU FOIE NON COMPLIQUE

A. — Diagnostic positif

L'adénome du foie non compliqué, comme nous l'avons vu, se présente comme une tumeur de l'hypocondre et, comme telle, pose des diagnostics multiples.

Les troubles qui amènent le malade à consulter sont des plus variables. Tantôt le malade présente une symptomatologie fonctionnelle, tantôt il a lui-même découvert sa tumeur; enfin, dans bien des cas aucuns signes n'attirent son attention, et c'est fortuitement, à l'occasion d'un examen général qu'un médecin découvre la tumeur.

1° LES MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES QUI AMÈNENT LE MALADE A CONSULTER.

Les manifestations fonctionnelles que le malade peut présenter sont des plus variables. Le signe le plus fréquent est la douleur. Cette douleur peut affecter différents types.

Elle est parfois intermittente, siégeant soit dans l'hypocondre droit, soit au creux épigastrique, avec ou sans irradiations vertébrales ou scapulaires.

Ainsi notre malade a présenté deux crises extrêmement douloureuses s'accompagnant de lipothymies et de sueurs. Ces crises se sont atténuées progressivement et, au bout d'un mois, seule persistait une légère pesanteur épigastrique.

La malade présentée par Ch. Lenormant, Ivan Bertrand et Jean Patel présentait une douleur épigastrique brutale, durant un quart d'heure et se reproduisant d'une façon épisodique.

La malade de Baumgartner et Fiessinger présentait des crises douloureuses de l'hypocondre droit extrêmement violentes, s'accompagnant de vomissements et d'une élévation thermique.

La malade de Petit-Dutaillis et Longuet, à la suite d'un accouchement, présente plusieurs crises subintrantes avec douleurs transfixiantes au niveau de l'hypocondre droit. Il s'agissait d'une douleur continue avec paroxysme intermittent durant à peu près 24 heures.

La plupart de ces malades, en dehors de ces crises douloureuses, présentaient une simple gêne au niveau de l'épigastre ou de l'hypocondre, d'autres, par contre ne présentaient absolument aucun trouble en dehors des périodes de douleurs.

En somme, d'une façon générale, la douleur se produit par crises plus ou moins rapprochées. C'est là le seul signe fonctionnel que l'on peut rencontrer d'une façon assez courante. Ces troubles douloureux paroxystiques seraient du reste expliqués par des hémorragies intratumorales. En effet, ces tumeurs en dehors

de leurs caractères spécifiques sont très vasculaires, et comme nous le verrons plus loin contiennent des plaques où les capillaires sont dilatés et gorgés de sang. De petites hémorragies interstitielles se produisent et donnent un aspect angiomateux. La friabilité des capillaires explique la possibilité des hémorragies qui se traduiraient cliniquement par des paroxysmes douloureux. Nous verrons par la suite que ces hémorragies peuvent dominer le tableau clinique et provoquer un syndrome hémorragique grave nécessitant une intervention d'urgence.

En dehors de la douleur le malade peut accuser des troubles extrêmement variables et nullement pathognomoniques.

Les troubles digestifs peuvent exister mais rarement. Ils se traduisent par de l'inappétence, de l'anorexie, des vomissements. Mais outre la rareté de leur existence ils n'ont aucune individualité propre et sont communs avec trop d'affections pour qu'on puisse en tenir compte.

Signalons le seul cas de Dévé où il existait un ictère par rétention. Ce cas reste isolé. Par ailleurs, rares sont les observations où on signale du subictère. D'une façon générale la fonction biliaire n'est nullement touchée.

Parfois, la symptomatologie fonctionnelle contribue à égarer le diagnostic et nous insisterons en raison de la difficulté du diagnostic sur les cas où l'adénome s'accompagne de signes urinaires bien que le fait soit rare sans être exceptionnel.

Cayla et Huguenin rapportent le cas d'un nourrisson de 8 mois qui présentait une tumeur de l'hypocondre droit séparée du foie par un sillon net et chez lequel une hématurie abondante se produisit. Naturellement ce signe important faisait poser le diagnostic de tumeur rénale.

Schrager, de même, rapporte l'observation d'un malade présentant une masse de l'hypocondre impossible à rattacher d'une façon certaine au foie et qui s'accompagnait de pollakiurie et de dysurie. Cette symptomatologie fonctionnelle trompeuse s'accompagnait en outre de signes d'exploration instrumentale erronés eux aussi et le diagnostic d'hydronéphrose fut porté.

D'autre part, le malade peut venir consulter pour amaigrissement et température. C'est alors un signe important par lui-même, car il implique de grosses réserves sur la dégénérescence de l'adénome sans que cependant la valeur de ce signe soit absolue.

Enfin, signalons la possibilité de découvrir un adénome dégénéré chez un malade qui présente une métastase viscérale. Galindez et Fidel voient ainsi un malade qui présentait les signes d'un cancer du poumon qui paraissait secondaire. Ils découvrent en cherchant le cancer primitif une tumeur hépatique qui faisait saillie sous la coupole diaphragmatique.

Telle est en un mot la symptomatologie fonctionnelle polymorphe qui peut amener un malade présentant un adénome du foie à consulter. Nous devons en retenir trois caractères importants qui dès maintenant

vont nous permettre d'apprécier la difficulté du diagnostic.

1° le plus fréquent est la douleur dont la nature est variable et qui paraît être liée à des hémorragies interstitielles;

2° aucun n'est spécifique de l'adénome du foie; tous peuvent se voir dans les affections les plus variées;

3° certains sont réellement trompeurs et avant tout les signes urinaires.

C'est dire le peu de valeur de tous ces signes qui par ailleurs peuvent tous manquer, le malade venant alors consulter pour une tumeur qu'il a découvert lui-même. C'est l'examen physique qui va permettre d'obtenir les renseignements les plus précieux pour le diagnostic de cette tumeur située dans un hypocondre.

2° L'EXAMEN DU MALADE.

Le malade sera mis en décubitus dorsal, les jambes fléchies.

L'inspection, à elle seule, peut suffire à déceler la tumeur. Il peut s'agir d'une voussure volumineuse déformant l'hypocondre, élargissant la base thoracique qui devient asymétrique. Il en était ainsi du malade d'Aubertin dont la tumeur pesait onze kilogs. Le plus souvent la tumeur est moins volumineuse et la déformation moins accentuée ne peut être vue qu'à jour frisant. En tout cas, quel que soit le volume de la tumeur, il est un signe très important qu'il faudra tou-

jours rechercher et contrôler par le palper : c'est la mobilité de la tumeur avec les mouvements respiratoires. Auvray, Terrier et Gilbert ont beaucoup insisté sur ce signe qui est un des signes principaux qui permettent de rattacher au foie une tumeur des hypocondres.

En réalité, rares sont les adénomes du foie suffisamment gros pour être décelés à la simple inspection. La palpation, seule permettra de les percevoir et de préciser leurs caractères.

La palpation et la percussion vont permettre de distinguer dès maintenant deux catégories d'adénomes :

1° Les adénomes sessiles dont l'origine hépatique ne fait pas de doute et pour lesquels se pose le problème des gros foies. Il s'agit de déterminer quelle est la lésion qui détermine l'hépatomégalie.

2° Les adénomes pédiculés qui soulèvent le diagnostic des tumeurs pédiculées. Ici le diagnostic est doublement difficile. Il faut, d'une part, faire la preuve de l'origine hépatique de la tumeur et, d'autre part, parvenir à faire le diagnostic de sa nature.

a) *Cas où il s'agit d'un adénome sessile.* — C'est le cas le moins fréquent.

La palpation montre un gros foie. Ce gros foie n'est pas uniforme. Dans les cas typiques, la tumeur est développée sur la face antérieure du foie; on sent la tumeur elle-même.

Cette tumeur est généralement indolore : on peut donc en préciser facilement les caractères. Sessile, en-

châssée dans le foie, elle a des limites nettes, ce qui est naturel. Comme nous le verrons plus loin, ces tumeurs sont entourées de parenchyme hépatique absolument sain.

Ainsi la tumeur tranche-t-elle nettement sur le foie qui l'entoure : elle est enchatonnée dans un organe sain dont le bord inférieur est régulier et de consistance normale.

Le volume de cette tumeur est des plus variables.

La tumeur de Baumgartner et Fiessinger envahit les deux tiers du lobe gauche; elle a la grosseur d'une tête d'enfant.

Ozenne et Laurent trouvent une tumeur de la grosseur d'une mandarine faisant corps avec le foie.

Leur forme est en général arrondie, régulière, très rarement bosselée.

Leur consistance, par contre, varie d'un cas à un autre. Tantôt dure, tantôt bosselée molle, mais exceptionnellement fluctuante.

Enfin, à la percussion, ces tumeurs sont mates.

Tels sont les cas où la tumeur s'extériorise par le palper abdominal. Dans ces cas la tumeur est nettement hépatique, enchâssée dans le foie, faisant corps avec lui. La cause de l'hépatomégalie est nettement attribuable à la tumeur que l'on sent. Par suite, le diagnostic est considérablement facilité dans les cas de tumeurs sessiles accessibles au palper.

Il n'en est plus de même quand la tumeur sessile se développe sur la face convexe du foie. La symptomatologie se réduit alors à un gros foie dans lequel on

ne sent pas de tumeur. C'est alors que l'on devra avoir recours à des explorations spéciales que nous étudierons plus loin.

b) *Les adénomes pédiculés du foie.* — Ce sont les cas les plus fréquents et dans lesquels le diagnostic présente le maximum de difficultés.

Il s'agit d'une tumeur de l'hypocondre qui, en apparence ne semble rattachée à aucun viscère.

Cette tumeur a les caractères propres des adénomes que nous avons déjà vus. De volume variable, de forme régulière, rarement bosselée, de consistance solide, mate à la percussion. Mais il est souvent difficile de prouver qu'elle est rattachée par un pédicule au foie. Parfois l'existence de ce pédicule est évidente, souvent il est impossible de prouver son existence.

Dans certains *cas faciles*, la tumeur, quoique pédiculée, est en continuité avec le foie.

Sa matité se continue avec le foie matité hépatique.

La tumeur, signe capital, est mobile avec les mouvements respiratoires.

Dans d'autres cas, *de difficulté moyenne*, le diagnostic, quoique moins aisé, est cependant possible. Il s'agit d'une tumeur souvent mobile en tout sens, pouvant même donner le contact lombaire et le ballottement rénal. Cette tumeur mate est séparée de la matité hépatique par une bande de sonorité. Mais néanmoins, on peut parvenir à faire le diagnostic de tumeur pédiculée du foie. Deux signes permettent de l'affirmer :

1° on peut sentir un pédicule partant du pôle supérieur de la tumeur, qui s'enfonce sous le foie;

2° et surtout *la tumeur se mobilise nettement avec les mouvements respiratoires, s'abaissant à l'inspiration, s'élevant à l'expiration.*

La tumeur peut donc, dans ces cas, être nettement rattachée au foie.

Ce fut le cas de Jean Patel qui trouve une tumeur de l'hypocondre droit, arrondie, de la grosseur d'une tête d'enfant. Cette tumeur est mobile en tous sens, ne donne pas le contact lombaire, est séparée du foie par une bande de sonorité mais elle est mobile avec les mouvements respiratoires.

Il en est de même dans l'observation de Grégoire qui trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, mate, séparée de la matité hépatique par une bande de sonorité. Et, cette fois encore la tumeur se mobilise avec les mouvements respiratoires.

En somme, dans tous ces cas, le diagnostic de tumeur d'origine hépatique est possible: on arrive à faire la preuve qu'il y a une solution de continuité entre le foie et la tumeur grâce à la mobilisation de la tumeur par les mouvements respiratoires.

Enfin, dans certains *cas difficiles*, il n'est pas possible d'affirmer qu'il y a continuité entre le foie et la tumeur. Il s'agit de tumeur plus ou moins mobile, pouvant donner le ballotement rénal ou le contact lombaire, mais il n'est pas possible de savoir si la tumeur suit réellement les mouvements respiratoires.

Le diagnostic se pose alors avec toutes les tumeurs

des hypocondres d'origines multiples, rénales, gastriques, coliques, spléniques, vésiculaires. Le diagnostic peut rester impossible à faire et, seule, la laparotomie permettra de le poser.

Tels sont les caractères propres de la tumeur. Parmi eux, les plus importants sont ceux qui permettent de rattacher la tumeur au foie et on peut schématiser en disant :

1° que la nature hépatique de la tumeur est évidente dans les adénomes sessiles qui sont les moins fréquents;

2° que cette preuve est difficile à mettre en évidence dans les adénomes pédiculés et que dans ces cas elle est essentiellement fournie par la mobilisation de la tumeur avec les mouvements respiratoires.

Une fois ce caractère essentiel mis en évidence, le diagnostic se simplifiera; il se limitera à certaines affections du foie et en particulier avec toutes les causes d'hépatomégalie où le gros foie résume la symptomatologie comme dans les cas d'adénomes.

B. — Diagnostic différentiel

Les différentes modalités cliniques de l'adénome du foie nous ont déjà montré dans quelles conditions le diagnostic va se poser. Deux cas peuvent se présenter :

1° dans les cas les plus complexes on ne peut rattacher, d'une façon certaine, la tumeur au foie. Le diagnostic se pose alors avec toutes les tumeurs des hypocondres;

2° la tumeur est rattachée au foie. S'agit-il d'un adénome ou d'une autre tumeur du foie ?

1° Diagnostic des tumeurs des hypocondres

Dans ces cas il faut éliminer les tumeurs d'origine vésiculaire, colique, gastrique, rénale, splénique. Nous envisagerons successivement les différents cas et les



FIG. 3. — Radio montrant l'abaissement de l'angle colique droit refoulé par la tumeur.

modes d'exploration plus ou moins complexes que l'on doit employer.

a) LES TUMEURS COLIQUES.

En dehors de l'examen clinique qui pourra révéler des troubles digestifs évocateurs d'une tumeur colique, il faudra recourir à des examens spéciaux.

On devra toujours rechercher le sang dans les selles, mais surtout il faudra faire une exploration radiologique complète.

Tout d'abord on fera une exploration après lavement baryté et repas. En cas de lésion pariétale on trouvera un retard d'évacuation et des signes de tumeur caractérisés soit par une image lacunaire, soit par un défilé.

Par ailleurs, il sera toujours bon de préciser la situation de la tumeur par rapport au côlon. Pour cela, on ne saurait trop recommander de repérer la projection de la tumeur sur la paroi par un fil de fer et de prendre une radiographie du côlon insufflé ou rempli de baryte. On aura ainsi, grâce à ce procédé, la situation exacte du côlon par rapport à la tumeur.

Dans les cas d'adénomes ou constatera que la tumeur est indépendante du côlon et que ce dernier ne présente aucune lésion pariétale. Tout au plus, comme dans notre observation, pourra-t-on noter un refoulement important du côlon qui semble encadrer la tumeur.

b) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS SPLÉNIQUES.

Ce diagnostic s'appuiera sur les signes accompagnant en général les tumeurs spléniques et sur les ca-

ractères propres de ces tumeurs. On recherchera toujours le bord antérieur, crénelé de la rate, les adénopathies. On fera enfin une formule sanguine, qui dans bien des affections de la rate sera considérablement modifiée.

c) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS D'ORIGINE GASTRIQUE.

Naturellement, l'examen clinique, à lui seul pourrait permettre de soupçonner une tumeur gastrique. Mais ici encore, des examens spéciaux prendront la première place pour donner plus de précision au diagnostic.

On recherchera le sang dans les selles; on étudiera le chimisme gastrique et surtout on fera une exploration radiologique.

Cette exploration radiologique permettra de reconnaître s'il existe une lésion pariétale : mais aussi elle permettra de situer la tumeur par rapport à l'estomac. Et dans les cas d'adénome du foie la tumeur paraîtra indépendante de l'estomac. Néanmoins comme dans notre cas on pourra noter un refoulement de l'estomac et du cadre duodéal très important.

d) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS D'ORIGINE VÉSICULAIRE.

La clinique à elle seule pourra révéler des antécédents de lithiase nette, tels que coliques hépatiques, subictère, ictère, un point vésiculaire net. Mais surtout il faudra :

1° Pratiquer un tubage qui montrera si la vésicule est

exclue ou non, qui permettra d'analyser la bile recueillie au point de vue chimique et bactériologique;

2° Il faut aussi pratiquer une radiographie, d'abord sans préparation et après avec tétraïode. Ainsi

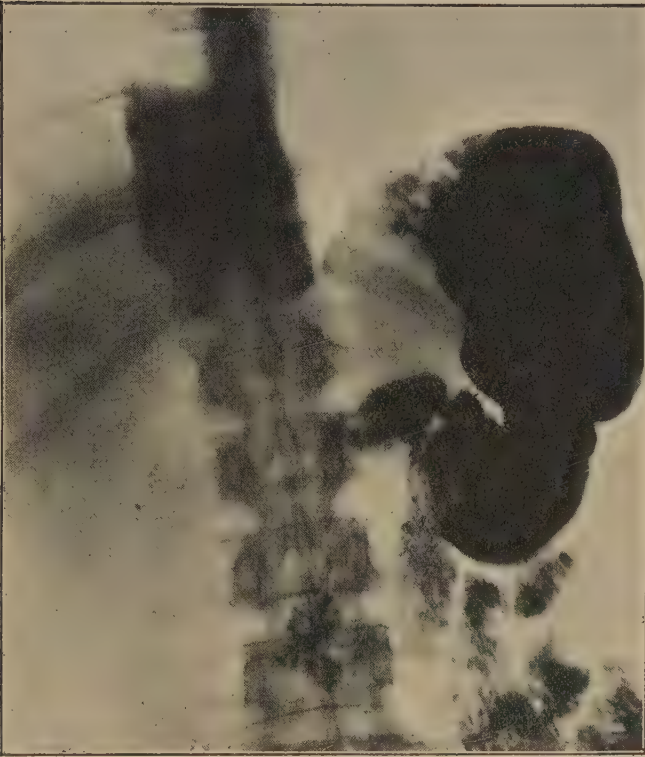


FIG. 4. — Radio montrant l'excentrement de l'estomac et du duodénum refoulé par la tumeur.

pourra-t-on découvrir une lithiase ou une vésicule exclue.

Nous avons pu grâce à tous ces examens éliminer le diagnostic de tumeur d'origine vésiculaire dans notre observation.

e) DIAGNOSTIC AVEC LES TUMEURS RÉTRO-PÉRITONÉALES.

C'est peut-être avec les tumeurs rénales et surtout pararénales que le diagnostic peut être le plus délicat. Le diagnostic se pose chez l'adulte mais surtout chez l'enfant où en présence d'une tumeur abdominale en raison de la fréquence on pense à un sarcome du rein.

Le diagnostic est plus ou moins difficile suivant qu'il s'agit d'éliminer une tumeur rénale ou pararénales. La tumeur rénale est plus ou moins difficile à éliminer, néanmoins on y parvient grâce aux examens de spécialité.

Il faut d'abord rechercher les rapports de la tumeur avec le rein et l'uretère; on ne saurait trop recommander à ce sujet de monter une sonde opaque et de prendre une radiographie de face et de profil, les contours de la tumeur étant en général visibles à la radio, et le trajet de l'uretère étant rendu apparent par la sonde opaque, on verra s'il existe une séparation entre la tumeur, d'une part, le rein et l'uretère, d'autre part.

Par ailleurs la pyélographie renseignera sur la déformation du bassin, de l'uretère et pourra à elle seule permettre de diagnostiquer une tumeur d'origine rénale.

Quelle est donc la valeur respective de ces deux modes d'explorations :

- La radiographie sur sonde opaque qui permet de préciser les rapports de la tumeur et des voies urinaires,

— et la pyélographie qui peut permettre de déceler une lésion rénale.

La radiographie sur sonde opaque nous semble une manœuvre fort utile, ainsi Petit-Dùtaillis et Longuet, chez une femme présentant une tumeur de l'hypocondre droit, pensaient à une hydronéphrose. Une radiographie sur sonde opaque montre facilement qu'il n'y a pas de rapport entre la tumeur et l'arbre urinaire. Le diagnostic fut réformé. Il ne put être précisé complètement, mais l'examen avait permis de dire qu'il s'agissait d'une tumeur intrapéritonéale et non rétro-péritonéale, ce qui présentait un gros intérêt au point de vue voie d'abord.

La pyélographie en montrant une lésion rénale ne semble pas toujours avoir la même valeur. Il est évident que dans certains cas elle permet d'affirmer que la tumeur est certainement rénale. Tel serait le cas si elle montrait des modifications caractéristiques du cancer du rein. Mais dans d'autres cas la pyélographie montre une lésion rénale qui existe réellement. Mais cette lésion rénale est en réalité secondaire à la tumeur abdominale. Nous voulons parler des petites hydronéphroses. Tel semble bien être le cas dans l'observation de Schrager.

Il s'agissait d'une tumeur que l'examen ne permettait pas de rattacher d'une façon sûre au foie. Par ailleurs, la malade présentait de la pollakiurie et de la dysurie. Le cathétérisme de l'uretère droit ne peut être fait jusqu'au bassin, la sonde butte. La pyélographie montre une dilatation du bassin droit. On

conclut au diagnostic d'hydronéphrose. Il s'agissait en réalité d'un adénome du foie dont l'ablation a suffi à faire disparaître les troubles urinaires.

En résumé, quand on discute une tumeur rénale, il faut avant tout donner de la valeur aux rapports respectifs de la tumeur et de l'uretère mis en évidence par la sonde opaque et se méfier des petites déformations du bassinet qui sont trompeuses et risquent d'aiguiller faussement vers le diagnostic de tumeur rénale.

Les tumeurs pararénales sont aussi d'un diagnostic très difficile.

Théoriquement le diagnostic de tumeur pararénales serait possible. Il se base essentiellement sur l'examen de l'uretère et du bassinet.

Une urétéro-pyélographie rétrograde avec la sonde à bout conique de Chevassu, montre qu'une tumeur pararénales refoule l'uretère en dedans et fait basculer le pôle inférieur du rein en dehors.

Lepoutre prétend ainsi que « Les tuméfactions intrapéritonéales ne dévient pas le trajet de l'uretère. Les tuméfactions rétropéritonéales dévient plus ou moins le trajet de l'uretère ». Il apporte cinq observations à l'appui de cette assertion.

Dans un premier cas il s'agit d'une tumeur bosselée du flanc gauche donnant le ballottement rénal mobile en tous sens et avec la respiration, sans aucun signe urinaire. La pyélographie montre une déformation de l'uretère à concavité externe et une bascule du pôle inférieur du rein en bas et en dehors. Il s'agissait d'une tumeur pararénales.

Dans une deuxième observation, il s'agissait d'un sarcome rétro-péritonéal où il décèle les mêmes déformations pyélographiques.

Dans une troisième observation, les mêmes déformations sont encore retrouvées. Il s'agissait d'un énorme abcès pottique.

Dans une dernière observation il s'agissait d'une tumeur du flanc gauche. L'uretère n'était pas dévié et il s'agissait en effet d'une tumeur de la rate.

Lepoutre conclut ainsi son rapport :

Toute déviation de l'uretère à grande courbure permet de porter le diagnostic de tumeur rétro-péritonéale. Une tumeur en dedans de l'uretère le refoule en dehors, une tumeur en dehors de l'uretère le refoule en dedans.

Gouverneur rapporte deux observations de Laffitte et une personnelle contrôlant les assertions de Lepoutre.

En somme de nombreuses publications semblent apporter une confirmation aux conclusions de Lepoutre. Et ces conclusions apparaissent donc très importantes pour le diagnostic des tumeurs rétro-péritonéales et extra-rénales.

Or, dans notre observation, ces signes ont été mis en échec.

Une urétéro-pyélographie rétrograde permet de déceler une déviation de l'uretère à grande courbure en dedans dépassant la ligne médiane. Cette particularité nous a fait poser le diagnostic de tumeur pararénale et fait faire une erreur de diagnostic. A noter cepen-

dant que dans notre cas il n'y avait pas de bascule du pôle inférieur du rein.



FIG. 5. — Radio montrant l'uretère refoulé vers la ligne médiane et dessinant une courbe à concavité externe faisant penser à une tumeur para-néphrétique.

L'explication de cette déviation de l'uretère semble du reste pouvoir être donnée. Notre tumeur s'était

coiffée du mésocôlon, l'avait fortement déplacé et celui-ci tirant sur sa racine a pu déplacer le péritoine pariétal postérieur entraînant l'uretère qui lui est adhérent. Le déplacement du péritoine pariétal postérieur est par ailleurs prouvé par le déplacement vers la gauche du cadre duodénal qui était complètement excentré. Un signe intéressant dans notre observation est l'absence totale de déplacement polaire inférieur du rein constant dans les tumeurs pararénales.

Nous avons tenu à insister sur l'échec d'un signe qui reste très important pour le diagnostic entre tumeur abdominale et tumeur pararénale. Et nous voulons simplement dire que dans ces cas il ne faut pas lui donner une valeur absolue.

On voit donc que le diagnostic entre des tumeurs du foie, les tumeurs du rein et les tumeurs pararénales peut être des plus difficiles et qu'il faudra s'appuyer sur des méthodes précises qui malheureusement donneront parfois des résultats dont l'interprétation peut être entachée d'erreurs.

En résumé nous avons donc passé en revue les différents modes d'exploration qui permettent d'examiner les organes qui peuvent être à l'origine des tumeurs des hypocondres.

Ces examens à eux seuls pourront, dans certains cas, se suffire à eux-mêmes, mais dans d'autres cas le doute restera et c'est dans ces cas difficiles qu'on a cherché à employer d'autres méthodes.

f) LES MÉTHODES RADIOGRAPHIQUES D'EXPLORATION DU
FOIE.

Les autres méthodes, à l'inverse des précédentes qui mettaient en évidence les organes avoisinant le foie, cherchent au contraire à mettre uniquement en évidence le foie. Nous allons les étudier successivement.

Ces méthodes sont au nombre de trois :

- la radiographie simple;
- le pneumo-péritoine;
- l'hépatographie.

La radiographie simple. — La radiographie simple peut permettre à elle seule de voir le foie et la tumeur. Après avoir pris la précaution de purger le malade sans préparation on peut parfois obtenir une image nette. Cette image devient meilleure si on fait en même temps une insufflation colique et gastrique.

Le pneumo-péritoine. — Le pneumopéritoine se pratique en décubitus dorsal par injection de CO². Malheureusement ce n'est pas une méthode sans danger, nous la présentons avec toutes réserves et en particulier signalons qu'elle peut donner lieu à des syncopes

Il faut insister sur la qualité des images qu'elle peut donner. C'est ainsi que Calchi Novati est parvenu à faire un diagnostic de tumeur primitive du foie.

La radiographie simple et le pneumopéritoine étaient restés pendant bien longtemps les seuls modes d'exploration. L'hépatographie découverte au cours de ces dernières années avait permis bien des

espoirs. Nous allons voir quelles réserves il faut apporter.

L'hépatographie. — Un Japonais, Oka, et un Allemand, Radt, ont proposé de rendre radiographiquement le foie et la rate visibles par bourrage du système réticulo-endothélial de ces organes après injections intraveineuses de bioxyde de Thorium. On sait en effet que les cellules réticulo-endothéliales ont la propriété de fixer à l'intérieur d'elles-mêmes sous forme de petits grains les substances colloïdes introduites dans l'organisme. Le produit employé fut le déoxyde de thorium qui est opaque aux rayons X. Le foie et la rate étant très riches en éléments réticulo-endothéliaux s'imprègnent et la forme et le volume de ces organes deviennent visibles. De telles conditions sont optima pour le diagnostic des tumeurs d'origine hépatique.

La technique employée par les auteurs est différente suivant les cas. Nous indiquerons la technique proposée par Kadrnka. On injecte par voie intraveineuse successive 0 gr. 80 à 1 gr. de thorotrast par kilog de poids. Les premières injections seront faites tous les jours. On ne dépassera pas pour celles-ci la dose de 0,10 par kilog de poids. Les dernières seront faites tous les deux jours et pourront atteindre la dose de 0 gr. 40 par kilog. Le thorotrast sera dilué dans 9 fois au moins son volume de sérum glycosé à 5 % et injecté très lentement.

Au bout de 7 à 8 jours l'imprégnation est en général suffisante et on pourra tirer des clichés.

RÉSULTATS OBTENUS PAR L'HÉPATOGRAPHIE

Certains auteurs présentent des rapports élogieux au sujet de l'hépatographie.

Nous rapporterons à ce sujet le rapport d'Arduino Ratti. L'auteur prétend que dans les bons cas on obtient une structure finement réticulée interrompue par des stries transparentes qui sont ramifiées de façon diverse et seraient l'expression des vaisseaux. Ceux-ci vus en coupe se présentent comme des petites images régulièrement arrondies.

L'auteur a fait de nombreuses hépatographies surtout dans les cancers secondaires du foie. Les noyaux métastatiques apparaissent comme des taches de moindre opacité entourées d'une bordure plus foncée. Cette bordure foncée serait due au refoulement du parenchyme sain qui se condenserait et accumulerait à ce niveau les cellules de Kupfer.

Ce caractère de refoulement du tissu hépatique est particulièrement net dans les adénomes du foie et l'image donnée serait donc théoriquement parfaite.

En réalité la méthode semble comporter bien des échecs. Fetzer et Hoppe en 1931, Comte et Cérutti en 1932, Wichmann et Frick en 1932, Ericksen et Rigler en 1933, Gorton et Tagliaferro rapportent de nombreux cas de métastases hépatiques qui n'ont pu être décelées par l'hépatographie.

Par ailleurs Calchi et Novati rapportent un cas d'hépatographie dans lequel une tumeur primitive du foie n'a pu être vue.

En résumé l'hépatographie au début permettait de grands espoirs. D'une façon théorique elle aurait permis en imprégnant soit les contours de la tumeur, soit la tumeur elle-même de rattacher cette tumeur au foie. En réalité, nous avons vu que ces résultats étaient inconstants. Et surtout nous arrivons maintenant à la question de l'innocuité du thorotrast.

LES INCONVÉNIENTS ET LES DANGERS DE L'EMPLOI DU THOROTRAST.

Nous nous référons tout d'abord à l'article de Lannary, Jorg et Aguirre. Résultats des recherches effectuées sur les blocages viscéraux en vue d'une exploration radiologique (Lannary, Jorg, Aguirre, *Presse Médicale* 37).

L'auteur donne les résultats de plus de 200 préparations histologiques faites au moyen de la biopsie ou de la nécropsie de pièces préalablement injectée avec le dioxyde de thorium.

Les déductions de l'auteur lui permettent de conclure que le dioxyde de thorium ne doit pas être admis parmi les procédés habituels d'exploration clinique. Elles s'appuient :

1° Sur l'impossibilité de l'élimination de la substance injectée;

2° Son action radio-active manifeste et par suite de la première éventualité il se produit un blocage permanent du système réticulo histiocytaire avec les conséquences suivantes;

3° Mobilisation histiocytaire;

4° Formation de granulome d'un corps étranger;

4° Nécrose ischémique.

En effet, l'accumulation du sel radio-actif dans le foie demeure identique à celle du début comme le montrent des radios prises quatre ans après. Et comme les expériences de l'auteur confèrent au dioxyde de thorium une capacité cytolitique en rapport direct avec sa radio activité, les altérations cytolitiques continuent à se produire avec la même intensité qu'au début puisqu'elles obéissent simplement à la présence du sel de thorium.

On peut conclure à l'impossibilité de l'élimination du dioxyde de thorium injecté par voie endoveineuse.

Les phénomènes cytolitiques se traduisent dans les pièces examinées par l'auteur, par des modifications du type dégénéro-régénératif qui acquièrent dans le foie les caractères d'une cirrhose à évolution lente résultant de trois phénomènes qui se développent simultanément.

1° Des foyers granulomateux d'accumulation;

2° Une nécrobiose d'origine toxique et de nature ischémique.

3° Le désordre fonctionnel du système réticulo histiocytaire dû au processus anatomique de mobilisation continuelle des cellules qui sont devenues macrophages et sont arrivées à la saturation par surcharge de blocage.

En chaque point où s'est développé un de ces phénomènes apparaît une manifestation de régénération

exubérante et moins différenciée que le tissu autochtone.

Toutes les régénérations du système primitif réticulo-hystiocytaire acquièrent après un long temps de blocage les caractères de l'hyperplasie conjonctive simple. Le phénomène de caractère diffus dans le foie n'est autre chose qu'une hépatose lente due à la persistance du dioxyde de thorium avec régénération excessive du tissu conjonctif fibrillaire.

En même temps dans la rate, les mêmes phénomènes précités :

— La nécrose, granulome, mobilisation de macrophage se produisent.

Les processus aboutissent à la prolifération terminale de toute dégénérescence, c'est-à-dire que des régénérations se succèdent dans un tissu essentiellement parenchymateux donnent lieu à la transformation fibroblastique du même tissu.

A cette triade, au niveau de la rate s'ajoutent les conséquences de la propriété hémolytique des sels radio-actifs. Le dioxyde de thorium par son intense activité radiogène produit des destructions hématiques qui se traduisent pour la première période de blocage par l'anémie et l'hémoglobinurie.

Ultérieurement, il ne produit pas ces phénomènes avec la même intensité, mais pourtant son action est suffisamment intense pour forcer la rate à développer ses fonctions hémapoïétiques et martiales.

Par suite de la destruction exagérée des globules rouges suivies d'une surcharge pigmentaire de la rate,

cet organe, en dehors des modifications de la triade due au bioxyde de thorium, agissant comme corps étrangers, se transforme en un organe spodogène du type de la cirrhose angio-hémotoxique de Roessle ou de la cirrhose pigmentaire du paludisme, c'est-à-dire que par un double processus :

1° Granulomateux;

2° Spodogène;

la rate aboutit à un état d'induration scléreuse.

Le stade final serait donc une cirrhose définitive et intense du foie et une sclérose de la rate.

En un mot le dioxyde de thorium ne provoque pas un simple blocage mais donne lieu à une véritable maladie dégénéro-régénérative car à la présence de la substance morte s'ajoute le caractère nécrotique et anémiant, conséquence de la radio-activité.

L'auteur enfin insiste sur le fait que l'élimination du produit ne sera pas facilitée par l'augmentation du degré de dispersion des préparations puisque l'organisme en dehors du poumon ne possède aucun débouché pour les substances granuleuses introduites par voie sanguine. De plus si fine que soit la dispersion, la floculation du colloïde dans l'organisme le transforme toujours en un conglomerat de granulations grossières.

La lésion initiale est donc hépato-splénique. Ajoutons que secondairement le fonctionnement imparfait de ces deux viscères retentira sur les autres, en particulier sur le rein.

Tous ces phénomènes ne se traduiront que fort

lentement mais aboutiront à une cirrhose hémangio-toxique de la plus haute gravité.

En dehors des accidents étudiés par ces auteurs, il faut encore tenir compte de l'action cancérigène possible des sels radio-actifs de thorium.

Nous nous reporterons aux expériences intéressantes de Roussy, Oberling et Guérin sur l'action cancérigène du dioxyde de thorium.

A une série de rats blancs ils injectent du thoro-trast, dilué de moitié dans du sérum physiologique, dans la cavité péritonéale ou sous la peau.

Les injections sont faites tous les 3 ou 4 jours à la dose de 1 cmc. 1/2. Un total de 5 injections est fait.

Sur 50 animaux, certains sont morts avant le 10^e mois et il n'en est pas tenu compte.

15 autres animaux sont morts entre le 10^e et le 17^e mois. Sur ceux-ci 8 ont présenté des sarcomes péritonéaux et sous-cutanés.

PREMIÈRE INJECTION. — Sur les 10 rats ayant reçu ces injections, 6 sont morts avec de petits amas de cette substance disséminée dans la cavité péritonéale. Ce n'étaient que de simples granulomes.

Les 4 autres ont présenté des sarcomes péritonéaux incontestables. Il s'agit de masses tumorales souvent adhérentes au foie, au pancréas, au rein, à l'estomac.

Il y a presque toujours d'autres nodules tumoraux de la dimension d'un grain de plomb sur l'intestin, l'épiploon, le mésentère, le tractus génital.

Examen microscopique. — Sarcome fibro-blastique. L'activité cellulaire se manifeste par des mitoses

nombreuses et par des envahissements tissulaires au niveau du foie, de la rate, du pancréas.

Ces nodules tumoraux paraissent répondre à des néoformations primitives et non à des métastases, car c'est toujours au niveau des dépôts de thorotrast qu'on les décèle.

Injectons dans le tissu cellulaire sous-cutané :

5 rats : 1 mort au 13^e mois sans sarcome.

4 autres sarcomes.

Ces tumeurs se sont développées au niveau des granulomes de thorotrast.

Micro. — Sarcome fibro-blastique à cellules polymorphes avec quelques monstruosité cellulaires, abondance des mitoses envahissement des plans musculaires et cutanés.

Une seule fois métastase ganglionnaire, pas de métastases viscérales.

Transplantation en série.

Sur 30 rats, 5 transplantations réussirent (fibroblastique pur).

Dans une 2^e série de greffes, 20 rats (sarcome fusiforme), 2 seulement réussirent, l'un d'eux fut employé à greffer 5 nouveaux rats un seul se développe.

En résumé. — Sur 15 rats ayant résisté, 8 sarcomes se développèrent.

La malignité de ces sarcomes est démontrée non seulement par leurs caractères histologiques (prolifération cellulaire avec mitose et atypie infiltration des tissus voisins), mais aussi par leur comportement biologique et leur transplantabilité en série.

L'absence de métastase ne peut être invoquée quand on connaît la contingence de ce caractère de certains cancers authentiques.

Le faible pourcentage de greffes ne peut être invoqué car on sait les difficultés de greffes dans les premiers passages des cancers provoqués ou spontanés.

A cet article important résumant une expérimentation nous ajouterons les conclusions de Mme Laborde qui insiste sur les dangers possibles de l'emploi du thorium pour le radiodiagnostic.

Nous nous excusons de nous être étendu aussi longuement sur l'hépatographie mais devant une méthode aussi nouvelle et qui avait permis les plus grands espoirs surtout dans le diagnostic des adénomes nous voulions pouvoir justifier nos conclusions à propos de l'hépatographie.

1 — L'hépatographie donne des résultats inconstants.

2. — Pratiquée avec le thorotrast elle est dangereuse, car elle provoque des lésions de la rate et du foie.

Enfin l'expérimentation chez l'animal a permis de provoquer des sarcomes avec ces produits.

Aussi déconseillons-nous ce mode d'expérimentation tout au moins tant qu'un nouveau produit dont on pourra affirmer l'innocuité ne sera pas trouvé.

CONCLUSION

En résumé, nous avons envisagé les différentes mo-

dalités possibles qui peuvent se présenter dans le diagnostic des adénomes pédiculés avec les autres tumeurs des hypocondres.

Nous avons vu la complexité du diagnostic et les multiples examens. Malgré tout ce diagnostic peut rester hésitant comme dans notre cas et bien d'autres.

Le dernier mot reviendra à la laparotomie exploratrice.

Dans les cas où l'adénome pédiculé a pu être rattaché au foie et dans les cas d'adénome sessile le diagnostic de nature de la tumeur se pose. Nous allons l'étudier.

2° Diagnostic de la variété de la tumeur hépatique

Il faut avant tout éliminer les tumeurs qui relèvent essentiellement d'un traitement médical. Au premier chef il faut éliminer la syphilis hépatique, on en recherchera les stigmates humoraux, cutanés, muqueux. Malgré tout, l'erreur est possible même à l'intervention ainsi qu'en témoigne une observation trouvée dans la thèse de Caumartin, celle de Silhol.

La nature syphilitique de la tumeur ne put être prouvée que par l'examen histologique.

La syphilis hépatique reste un des diagnostic important à éliminer; mais il faudra aussi éliminer un cancer secondaire du foie et le cancer primitif. Néanmoins, Fèvre a montré dernièrement qu'il fallait être interventionniste dans ces tumeurs et qu'elles n'étaient

pas toujours au-dessus des ressources chirurgicales.

Il faut maintenant discuter les tumeurs dont l'ablation chirurgicale se pose. Entre l'adénome et ces tumeurs le diagnostic est souvent des plus difficiles.

Le kyste hydatique sera recherché par ses signes cliniques, ses réactions spéciales (Weinberg et Cassoni).

On éliminera encore plus difficilement les tumeurs vasculaires du foie, les kystes non parasitaires du foie, un lobe anormal. Ce sont là pratiquement des diagnostics insolubles qui ne trouveront leur solution qu'à la laparotomie exploratrice.

CONCLUSION

De l'étude du diagnostic de l'adénome du foie non compliqué, on retire donc l'impression que le coefficient d'erreur est considérable.

1° L'origine hépatique de la tumeur est souvent méconnue et cela dans une proportion d'à peu près 50 %.

Petit-Dutaillis et Jacques Longuet pensent à une torsion de tumeur sans pouvoir en déterminer l'origine.

Schrager à une hydronéphrose.

Mac Ree à une tumeur du rein.

Moulonguet à une hydrocholécyste.

Nous-même à une tumeur paranéphrétique.

On pourrait ainsi multiplier longtemps les exemples.

2° L'origine hépatique de la tumeur étant déterminée, la nature adénomateuse est souvent ignorée. Nous insisterons encore sur la difficulté du diagnostic avec la syphilis hépatique.

3° Enfin exceptionnellement, le diagnostic est soulevé sans qu'on puisse l'affirmer, tel fut le cas de Patel et Lenormant. C'est dire que le diagnostic souvent sera posé uniquement par l'opération.

II. — DIAGNOSTIC DE L'ADÉNOME COMPLIQUÉ

L'adénome compliqué se présente avec une allure clinique bien différente. Il s'agit de complications brutales :

- l'hémorragie
- et la torsion.

Ces deux complications vont entraîner un syndrome abdominal aigu imposant, souvent une intervention d'urgence et posant des diagnostics très difficiles.

Vu la rareté de l'adénome, ces observations sont rares et nous nous contenterons de transcrire ces observations.

1° Hémorragie

Turner en 1913 trouve une femme qui présentait un syndrome d'hémorragie grave dont il ne put faire le diagnostic. Il s'agissait d'un adénome rompu nécessitant une intervention d'urgence. La possibilité d'hémorragie grave ne semble pas devoir être exceptionnelle. Car d'une part, il s'agit de tumeurs très vasculaires pouvant présenter même un aspect angio-

mateux dû à la fragilité vasculaire; d'autre part ces vaisseaux subissent des à-coups de pression comme le montre Hustin. Il montre en effet que les variations de pression thoracique se transmettent dans le même sens dans la veine cave inférieure. Les variations de pressions dans celles-ci se transmettent intégralement dans les veines sus-hépatiques qui sont sans valvules.

C'est ainsi qu'Hustin explique la rupture d'une tumeur primitive du foie à la suite d'efforts pendant la défécation.

2° Torsion

La torsion s'explique en raison de la fréquence des adénomes pédiculés. Nous n'en connaissons qu'un exemple : celui de Petit-Dutaillis et Jacques Longuet.

Il s'agit d'une jeune femme de 27 ans, vue en 1930.

En 1926, quelques jours après un accouchement, elle découvre dans son hypocondre gauche, une petite boule grosse comme une mandarine très mobile.

En 1928, après un accouchement, se produit une crise douloureuse, brutale, avec douleurs transfixiantes.

De 1928 à 1929, 8 crises se reproduisent; à la dernière elle vient à l'hôpital.

On découvre une tumeur de l'hypochondre droit, grosse comme deux poings mobiles, donnant le contact lombaire et le ballotement rénal.

Cette tumeur est séparée du foie par une bande de sonorité.

Elle est atrocement douloureuse. On pense à une hydronéphrose. Des sondes opaques montées montrent que la tumeur est indépendante du rein.

On fait le diagnostic de torsion d'une tumeur abdominale sans en déterminer l'origine.

L'opération montre un adénome pédiculé présentant une torsion d'un tour et demi au niveau du pédicule.

Telles sont les complications de l'adénome, on voit que dans ces cas le diagnostic se pose avec les syndromes abdominaux aigus et qu'ils ne seront pratiquement faits que par l'intervention.

CHIRURGIE DE L'ADÉNOME
DU FOIE

La chirurgie de l'adénome du foie n'est pas encore complètement éclaircie. Et actuellement d'après les résultats obtenus il y a lieu de préférer aux solutions de facilité, des solutions plus complexes qui, en permettant une ablation plus large autorisent à envisager l'avenir éloigné des malades avec plus de sécurité.

Nous envisagerons donc successivement :

- les caractères anatomiques de l'adénome du foie du point de vue opératoire;
- les méthodes opératoires employées et décrites;
- les indications suivant les cas.

A. — CONSIDERATIONS ANATOMIQUES SUR L'ADÉNOME DU FOIE

Au point de vue opératoire, certains caractères anatomiques des tumeurs du foie vont prendre une importance primordiale, ce sont :

- les rapports de l'adénome avec le parenchyme hépatique;
- la situation de l'adénome par rapport au foie;
- enfin les caractères qui permettent de différencier les deux catégories d'adénomes.

1° Rapports de l'adénome par rapport au parenchyme hépatique

Tous les adénomes du foie présentent deux caractères essentiels :

1° Une limitation exacte et un enkystement parfait les séparent du foie;

2° Leur développement se fait sur un foie indemne de tout processus chronique.

En dehors de ces deux caractères, il existe d'importantes différences entre les deux catégories d'adénomes actuellement connues et qui sont le dysembryonne et l'adénome solitaire à tendance maligne.

a) *Le dysembryonne hépatique* présente une capsule extrêmement nette qui permet de trouver facilement un plan de clivage entre la tumeur et le tissu hépatique. L'examen histologique n'y montre aucun signe de malignité. En un mot il s'agit d'une tumeur énucléable non maligne.

Une ablation simple de la tumeur par énucléation suffira pour guérir le malade. Ce sera de plus une opération relativement bénigne puisqu'on utilisera un plan de clivage peu vasculaire et que le gros danger des opérations sur le foie, l'hémorragie, sera évitée. Donc le dysembryonne hépatique est une tumeur bénigne énucléable, justiciable d'une simple énucléation, tout au moins théoriquement, car nous verrons plus loin quelles réserves on doit apporter.

b) *L'adénome solitaire à tendance maligne.* — L'adénome solitaire à tendance maligne est encapsulé, mais on ne trouve pas de plan de clivage. Cet encapsulement est dû au refoulement des travées hépatiques par la tumeur. Celles-ci s'aplatissent, s'atrophient et permettent l'adossement des capillaires radiés intertrabéculaires dont les parois sont doublées de tissus conjonctifs. Enfin, un fait indéniable est à retenir au point de vue chirurgical : *l'adénome n'est pas énucléable.*

Un autre caractère important se trouve réalisé par le fait que cet adénome présente des signes de malignité (nous aurons à y revenir).

Enfin, au niveau de son implantation, la tumeur

se continue avec le parenchyme hépatique sans interposition d'une frontière conjonctive vasculaire. Il en est ainsi dans l'observation de Croizat, il en est de même dans notre observation où on distingue au niveau du pédicule les éléments hépatiques et tumoraux au contact les uns des autres et se pénétrant réciproquement.

En somme l'adénome solitaire à tendance maligne est une tumeur non énucléable, présentant des signes de malignité et en rapport intime avec les éléments du parenchyme hépatique au niveau de sa zone d'implantation. En un mot c'est le type de la tumeur qui nécessite une ablation large.

2° Caractères distinctifs entre les deux variétés d'adénomes

L'étude de ces caractères paraît donc très importante puisque dans un cas une opération limitée est suffisante tandis que dans l'autre elle doit être aussi large que possible.

Malheureusement les caractères distinctifs entre les deux variétés sont peu nets.

Notons cependant que l'adénome bénin est en général régulier tandis que l'adénome à tendance maligne serait plus irrégulier et bosselé. C'est là un caractère bien insuffisant.

Plus importante serait la recherche d'un plan de clivage. Ainsi en fut-il pour Moulonguet qui trouve une tumeur du lobe droit.

Cherchant un plan de clivage, il le trouve facilement et la tumeur fut énucléée sans hémorragie notable, l'examen histologique devait montrer qu'il s'agissait d'un adénome bénin.

On peut se demander même s'il n'y aurait pas lieu en cours d'interventions de demander une biopsie extemporanée qui serait du reste justifiée par d'autres considérations comme nous le verrons plus loin.

En somme on voit tout l'intérêt qu'il y a à distinguer les deux variétés d'adénomes mais aussi quelles difficultés se présentent pour faire cette différenciation.

3° Les rapports du foie et de l'adénome

Ce troisième facteur anatomique est d'une grande importance au point de vue chirurgical. Un premier caractère est important : la façon dont l'adénome s'attache au foie. Et une distinction s'impose entre adénome sessile et adénome pédiculé.

Un adénome bien pédiculé, quelle que soit sa variété, sera toujours relativement facile à enlever et l'hépa-tectomie partielle au niveau de son pédicule sera aussi toujours assez facile.

Au contraire, dans les cas de tumeur sessile l'ablation sera beaucoup plus complexe. Si on peut affirmer qu'il s'agit d'une variété bénigne d'adénome énucléable, l'opération est facile. Mais si, comme le cas est fréquent, il est impossible de reconnaître à quelle variété on a affaire, il ne reste plus qu'une solution,

c'est l'hépatectomie aussi large que possible et par définition plus grave. Ceci nous amène à étudier un caractère important des rapports du foie et de l'adénome :

Sa localisation lobaire par rapport au foie.

Il faut en effet distinguer les adénomes du lobe gauche et les adénomes du lobe droit. Leur ablation est beaucoup plus facile dans le premier cas que dans le second et on peut conclure que :

1° Toute hépatectomie au niveau du lobe droit ne peut être que limitée.

2° Que toute hépatectomie au niveau du lobe gauche peut être très large comme nous le verrons plus loin.

En résumé de ces considérations anatomiques, il faut retenir :

1° La distinction d'un adénome bénin énucléable justiciable de la simple énucléation,

et d'un adénome à tendance maligne justiciable d'une hépatectomie partielle.

2° L'impossibilité presque certaine de distinguer pendant l'opération des deux variétés.

3° Le mode de connexion entre le foie et l'adénome qui peut être pédiculé ou sessile.

4° La différence au point de vue opératoire des adénomes du lobe droit et du lobe gauche.

B. — LES TECHNIQUES OPERATOIRES

Les différentes techniques opératoires applicables aux adénomes du foie sont au nombre de trois :

- la section simple du pédicule dans les tumeurs pédiculées;
- l'énucléation dans les adénomes bénins;
- Enfin l'hépatectomie partielle.

Nous étudierons successivement ces trois techniques et nous terminerons par l'étude des moyens qui permettent de pallier à la complication la plus grave de ces opérations pour tumeur très vasculaire sur un organe très vasculaire par lui-même : *l'hémorragie*.

1° La section simple du pédicule

Par définition, il s'agit d'une méthode dont l'emploi est strictement limité aux tumeurs pédiculées. Par ailleurs, si nous nous rapportons aux considérations anatomiques vues précédemment, nous constatons que l'ablation par section au niveau du pédicule risque d'être insuffisante pour les adénomes à tendance maligne : en effet à ce niveau on trouve accolé le parenchyme hépatique sain et le tissu tumoral. Cette section néanmoins a été souvent pratiquée et de façon très différente.

Nous signalerons pour mémoire la section par lien élastique pratiquée il y a très longtemps par Tricomi. Il s'agit d'un procédé peu élégant et surtout ce procédé peut entraîner à des opérations secondaires.

En réalité, actuellement on n'utilise que trois procédés de sections du pédicule, la section au bistouri ou au thermo, la section au bistouri électrique, la section au bistouri précédée d'une hémostase préventive.

La section simple au bistouri avec ligature du pédicule est suffisante dans certains cas comme celui de Petit-Dutaillis et Longuet. Il s'agissait d'un adénome tordu dont l'hémostase ne pouvait être que facile. La torsion avait déjà très probablement thrombosé les vaisseaux du pédicule.

La section du pédicule au bistouri électrique, nous semble indiquée à condition d'employer un courant coagulant et coupant. La zone d'insertion du pédicule sera alors examinée et les points qui saignent seront l'objet soit de ligature simple au catgut, soit de coagulation sur pince.

La section au bistouri simple ou au bistouri électrique précédée d'hémostase préventive sera la méthode sur laquelle nous terminerons et sur laquelle nous insisterons.

Cette méthode fut mise en honneur par Toupet. Ce dernier avant de sectionner le pédicule passe au-dessus de lui des anses en U, sur toute l'insertion hépatique, passant en plein foie. Ces anses en U empiètent les unes sur les autres et sont serrées doucement.

Seulement après on sectionne le pédicule. Toupet n'a eu à lier après que deux vaisseaux séparément.

Dans notre cas, nous avons suivi une technique semblable, mais malgré l'hémostase préventive, l'hémorragie, sans être inquiétante, persistait et a nécessité de multiples ligatures.

C'est pour cela que nous nous demandons si après cette hémostase préventive, il ne serait pas préférable de faire la section avec le bistouri électrique.

En tout cas, quel que soit le moyen de section employé pour couper le pédicule, nous pensons qu'il y aura toujours intérêt à fixer l'épiploon devant la suture et de faire un tamponnement.

En résumé la section du pédicule apparaît donc comme un procédé simple et élégant mais qui peut-être ne donne pas une sécurité suffisante.

2° L'énucléation

Il s'agit d'une méthode élégante peu hémorragique, mais dont les indications semblent bien difficiles à poser.

Tout d'abord, cette opération n'est indiquée que dans les tumeurs sessiles du foie. Or les adénomes pédiculés sont les plus fréquents.

Par ailleurs, le vrai plan de clivage n'existe que dans les adénomes bénins. L'aspect morphologique de la tumeur ne permet pas de le distinguer de l'adénome à tendance maligne. Faut-il tenter de chercher un plan de clivage ? Cela nous paraît bien dan-

gereux car dans les adénomes à tendance maligne il peut exister un faux plan de clivage. Dans ce cas on commencera alors l'énucléation et finalement on s'apercevra que ce plan de clivage ne menait à rien, on courra le risque d'hémorragie grave et finalement il faudra changer de technique opératoire et entreprendre une résection hépatique partielle après avoir perdu un temps précieux.

Il faudrait donc avoir l'assurance qu'il s'agit d'un adénome bénin avant d'entreprendre l'énucléation. Il serait donc peut-être indiqué de réclamer une biopsie extemporanée.

En tout cas cette méthode a pu donner d'excellents résultats. Il est à noter qu'il s'agissait alors de tumeurs bénignes.

Dans le cas de Laurent et Ozenne il s'agissait d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine qui fut facilement énucléée.

De même dans le cas de Huguenin et Cayla, l'énucléation fut possible.

Enfin dernièrement Moulonguet a publié le cas d'une tumeur énucléable et s'est fait le défenseur de l'énucléation.

En résumé, l'énucléation nous paraît l'opération idéale dans les adénomes bénins enchâssés dans le foie, mais les indications de cette intervention nous paraissent très restreintes tant que l'on n'aura pas la possibilité de savoir avant toute tentative d'exérèse si la tumeur est bénigne ou à tendance maligne. Le problème se pose exactement comme dans les cas

de tumeurs du sein où on n'hésite pas à réclamer une biopsie extemporanée. A notre connaissance une seule fois cet examen fut pratiqué par Grey Turner qui découvrit qu'il s'agissait d'une tumeur ayant des caractères de malignité et qui fit une hépatectomie partielle.

3° La résection hépatique partielle

La résection hépatique partielle est l'opération idéale : elle vise à faire la résection la plus large. Par contre c'est une opération plus difficile et plus grave en raison des risques d'hémorragies. Cette résection hépatique comportera différentes modalités suivant qu'il s'agit d'une tumeur pédiculée ou d'une tumeur sessile.

a) LA RÉSECTION HÉPATIQUE DANS LES TUMEURS PÉDICULÉES

Il s'agit de faire une résection en tissu hépatique sain. Comme dans toutes les interventions sur le foie, le danger est l'hémorragie et il faudra à tout prix employer les moyens les plus variés pour en limiter l'importance.

Trois moyens peuvent être employés simultanément :

1° *L'hémostase préventive.* — Des anses en U circonscrivent toute la zone où va porter la résection.

2° La résection elle-même sera faite au thermo-

cautère ou mieux avec le bistouri électrique coagulant et coupant.

3° Enfin le procédé le plus efficace est certainement une bonne taille hépatique.

La taille hépatique devra être telle, qu'une fois l'adénome enlevé, après une hémostase directe, soit au catgut, soit par coagulation sur pince, on puisse rapprocher les lèvres de la brèche hépatique par des points passés à distance. C'est là le plus sûr moyen d'hémostase et au cas où il resterait une zone cruentée il ne resterait plus qu'à faire un tamponnement serré. Il faut du reste noter que suivant le siège de la tumeur, la taille du foie est plus ou moins facile à réaliser d'une façon idéale.

Il n'y a en effet aucune comparaison entre un pédicule qui s'insère sur le bord libre du foie où la taille des lambeaux est facile et un pédicule qui s'insère sur sa face inférieure.

Des exemples de résections hépatiques partielles où on a employé ces procédés sont fréquents. Nous citerons ainsi l'observation de Chalier et Croizat qui arrivèrent à obtenir une hémostase suffisante. De même Jean Patel et Lenormant pour un pédicule long de 9 à 10 cm. ont pu faire une résection cunéiforme, fermer la brèche et compléter par une épiploplastie. Le cas des tumeurs pédiculées est le plus simple. Nous allons maintenant étudier le cas des tumeurs sessiles.

b) LA RÉSECTION HÉPATIQUE PARTIELLE
DANS LES TUMEURS SESSILES

Il faut distinguer ici les tumeurs du lobe droit et les tumeurs du lobe gauche.

1° *Les tumeurs sessiles du lobe droit* relèvent des mêmes techniques que les tumeurs pédiculées. La résection de telles tumeurs a été plusieurs fois réalisée. Ainsi Garnett Wright, Pierre Duval, Grey Turner l'ont-ils réalisée.

Nous ne pouvons rien ajouter de plus à leur sujet. Il n'en est pas de même des :

2° *Tumeurs du lobe gauche.* — Les tumeurs sessiles ou mêmes pédiculées du lobe gauche tirent leur intérêt de leur implantation sur ce lobe. Ce lobe, comme nous allons le montrer, peut être enlevé et on peut donc faire une ablation très au large de la tumeur. Cette ablation présente un très grand intérêt étant donné que nous savons que les adénomes du foie peuvent présenter des signes de dégénérescence et qu'une opération incomplète peut donner lieu plus tard à une récurrence. Une résection très large comme celle que nous préconisons limiterait peut-être les risques de récurrence.

Les exemples sont, en effet, nombreux où, malgré une résection large, la récurrence se produit.

Groupe malgré une résection partielle voit une tumeur se produire un an après. Pierre Duval, malgré une résection hépatique étendue voit une récurrence six mois après.

Ajoutons enfin, que la justification de cette exérèse large de tout le lobe gauche se justifie non seulement en raison de son étendue, mais encore en raison du fait que le lobe gauche a une véritable autonomie vasculaire. On peut donc espérer ainsi enlever avec le lobe toutes les métastases qui se font par voie vasculaire, comme nous le montrerons.

Nous étudierons donc successivement :

1° Les raisons anatomiques de la résection du lobe gauche;

2° Les possibilités physiologiques de le faire.

3° Les possibilités chirurgicales de le faire, justifiées par des cas suivis de succès opératoires.

1° *Raisons anatomiques de la résection du lobe.*

Tout d'abord le lobe gauche ne forme qu'une petite partie du foie : sur un foie de 1.500 gr., il n'entre que pour un cinquième

Huard, d'autre part, dans une communication à la Société de Médecine et de Chirurgie d'Indochine, montre qu'il existe entre le lobe gauche et le lobe droit un plan presque avasculaire où seuls quelques gros troncs d'une hémotase théoriquement facile existent

Le lobe gauche se trouve donc isolé vasculairement des autres lobes. La disposition du pédicule le laissait du reste prévoir.

Ce caractère apparaît important

I. — Il autorise à envisager une résection de tout le lobe, résection dont l'hémotase sera peut-être plus facile en tout cas mieux réglée que pour une résection partielle habituelle.

II.— L'isolement vasculaire du lobe gauche peut faire espérer que les métastases d'une tumeur maligne resteront, tout au moins pendant un certain temps localisées au lobe gauche et qu'une ablation de ce lobe réalisera une ablation complète.

2° Possibilités physiologiques de la résection du lobe gauche.

Il s'agit de savoir si l'ablation du lobe gauche est compatible avec la vie : en un mot il s'agit de savoir si le lobe gauche enlevé, il restera suffisamment de parenchyme hépatique pour assurer la vie.

Un certain nombre d'expériences déjà anciennes permettent de répondre à cette question.

Gluck, puis Poujick, enlèvent successivement le tiers, puis la moitié du foie à des lapins. Leurs animaux survécurent. Ils constatent après sacrifice des animaux que la régénération se faisait rapidement.

Carnot, reprend ces expériences et constate que 10 à 30 jours après, le foie avait sensiblement repris son volume normal

La preuve expérimentale de la possibilité d'une résection hépatique large est donc faite.

Dans ces expériences du reste la proportion de parenchyme hépatique enlevé est bien supérieure à celle qu'on se propose de supprimer en enlevant le lobe gauche. En effet, le lobe gauche ne réalise que le cinquième de la glande, tandis que dans les expériences précitées, on a été jusqu'à enlever la moitié du parenchyme.

Une seule condition paraît indispensable pour que

la résection hépatique soit possible, l'intégrité du parenchyme hépatique restant. Or, cette condition se trouve réalisée dans les cas d'adénome du foie puisque par définition l'adénome se développe sur un foie indemne de tout processus d'hépatite.

En somme l'ablation du lobe gauche semble possible au double point de vue anatomique et physiologique.

3° Réalisation chirurgicale de l'exérèse du lobe gauche.

Huard, propose une technique bien réglée pour la résection du lobe gauche.

1° Libération du foie qui est attiré dans la plaie grâce à la section successive du ligament suspenseur du foie, du ligament triangulaire et du ligament coronaire sous le contrôle de la vue.

2° Hémostase réalisée par ligature de la branche gauche de l'artère hépatique.

3° Section du lobe et ligature de la veine sus-hépatique.

4° Péritonisation avec le ligament triangulaire et la pars condense du petit épiploon.

La technique préconisée par Huard, fut presque réalisée dans deux observations que nous avons retrouvées. L'opération dans les deux cas fut couronnée de succès.

Dans l'observation de Baumgartner le lobe gauche est extériorisé hors du ventre puis sectionné au bistouri électrique. L'hémostase est complétée par électrocoagulation sur pinces.

Caprio adopte une technique qui se rapproche encore plus de la technique d'Huard. Il mobilise le lobe par section des ligaments suspenseurs et coronaires. Il lie les veines sus-hépatiques et sectionne le foie.

Il assure la péritonisation avec le ligament coronaire, le ligament suspenseur et la pars condense du petit épiploon.

En résumé, il semble qu'il faille faire des résections aussi larges que possibles. Ces résections seront fatalement limitées aux environs du lobe droit. Au contraire, au niveau du lobe gauche il semble qu'il y ait lieu de faire des résections de tout le lobe.

1° En raison de l'indépendance vasculaire de ce lobe.

2° En raison de la possibilité de faire une hémotase mieux réglée.

3° Parce que l'ablation de ce lobe permet d'espérer d'éviter le plus possible une récurrence.

Telles sont les trois techniques applicables aux adénomes du foie. Toutes ces techniques sont passibles d'un grand risque : l'hémorragie à des degrés divers. Nous avons déjà insisté sur les moyens permettant de limiter les risques, nous terminerons ce chapitre technique en y revenant à nouveau.

4° Les moyens de réaliser l'hémotase

Ces moyens sont d'une grande importance à connaître sur une glande, par elle-même vasculaire, sur laquelle il faut enlever une tumeur vasculaire.

Tout d'abord, il importe de savoir que le tissu hépatique autour de la tumeur est condensé plus résistant que normalement et qu'il offre une résistance relativement bonne à la traction. Ce caractère facilitera l'hémostase.

En tout cas, l'hémostase se fera essentiellement par trois moyens :

1° L'un de ces moyens est préventif, il consiste avant de couper, à placer des ligatures en U en plein parenchyme au niveau de la section.

2° Un deuxième moyen est d'employer un bistouri électrique coupant et coagulant. Ce moyen permettra de limiter beaucoup l'hémorragie immédiate.

3° Le plus sûr moyen d'hémostase consiste à tailler le parenchyme hépatique de telle façon, que la tumeur étant enlevée on puisse réunir les deux lèvres de la brèche hépatique. C'est là le plus sûr moyen d'hémostase.

Telles sont donc les différentes techniques d'exérèse des adénomes du foie.

Deux sont relativement simples, la section et l'énucléation, mais elles ne semblent indiquées que dans les adénomes bénins.

Une seule est réellement indiquée dans l'adénome à tendance maligne, c'est la résection hépatique partielle qui n'est réellement large que dans les cas d'adénome du lobe gauche où on peut réséquer ce lobe.

C. — LES INDICATIONS OPERATOIRES

Les indications opératoires varient essentiellement suivant les conditions dans lesquelles se présentent l'adénome. Il faut distinguer les cas d'adénomes non compliqués et les cas d'adénomes compliqués.

1° Adénome compliqué

Dans ces cas le diagnostic n'est pratiquement jamais posé. Turner, devant une rupture d'un adénome pense à une grossesse extra-utérine rompue. Longuet et Petit-Dutaillis, pensent à une torsion d'un organe abdominal sans pouvoir mieux préciser.

C'est dire que dans ces cas, le diagnostic de tumeur hépatique ne sera jamais fait. Il s'agit d'un syndrome abdominal aigu par lequel on pensera soit à une torsion, soit à une perforation. L'incision sera donc celle qu'on fait habituellement dans ces cas et seulement à partir du moment où on aura ouvert la paroi, on s'apercevra de l'erreur. L'incision sera agrandie à la demande et elle devra être très grande; il faut absolument y voir très clair.

Dans les cas de torsion une seule technique s'impose : l'ablation de l'adénome, opération en général

facile, car la torsion suppose déjà un pédicule long et étroit, presque thrombosé. Il faudra préférer la résection du pédicule en tissu hépatique sain à la simple section qui est une solution de facilité.

Dans les cas de rupture de l'adénome, l'opération est bien plus difficile. D'autre part, on est très gêné par une hémorragie d'une grande abondance qui peut entraîner une mort rapide. Enfin, la tumeur est très friable et en a fait la preuve en se rompant. L'opération est donc des plus difficiles. L'idéal serait d'enlever la tumeur : c'est le plus sûr moyen d'arrêter l'hémorragie. S'il arrivait qu'on n'y parvienne pas, soit en raison de difficultés, soit en raison de la gravité de l'état général, deux solutions restent : soit le méchage très serré, soit la fermeture de la brèche. Ce ne sont que deux pis aller. Immédiatement le pronostic restera des plus graves, plus grave que si on avait enlevé la tumeur, secondairement si le malade survit à son opération il reste porteur de sa tumeur.

2° Indications opératoires dans les adénomes non compliqués

Dans ces cas, trois problèmes se posent au chirurgien :

- la voie d'abord;
- l'opérabilité de la tumeur;
- enfin, le choix de la technique.

a) LA VOIE D'ABORD DE LA TUMEUR

La question de la voie d'abord est différente suivant les cas.

Dans les cas les plus simples, le diagnostic de tumeur hépatique, voire même celui d'adénome est posé. Dans ce cas, on fera l'incision qui correspond au siège de la tumeur et qui paraît donner le plus grand jour soit une médiane, soit une transversale, soit enfin une incision angulaire.

Mais, comme nous l'avons vu bien souvent, le diagnostic du siège hépatique de la tumeur n'est pas fait. Le diagnostic de l'organe en cause reste en suspens. Une division s'impose à ce sujet.

Tantôt, cette tumeur de l'hypocondre apparaît comme une tumeur abdominale;

Tantôt elle apparaît comme une tumeur rétropéritonéale, rénale ou extrarénale.

Dans les cas où la tumeur de l'hypocondre apparaît comme une tumeur abdominale, la variété d'incision est commandée comme dans le cas précédent par le siège de la tumeur.

Dans les cas où on hésite avec le diagnostic d'une tumeur rétropéritonéale la difficulté est des plus grandes. Si on ne prend pas des précautions on s'expose à faire deux incisions, une pour la lombotomie exploratrice, une autre pour aborder l'adénome. Ainsi en a-t-il été pour Schrager qui pensait à une hydronéphrose. La lombotomie lui a montré son erreur. Il a été obligé de refermer et de passer par en avant. C'est pour cela que nous recommandons l'incision faite par notre Maître M. le Professeur agrégé Brocq, dans notre cas. Nous étions finalement arrivé au diagnostic de tumeur pararénale. Mais le doute persistait.

Une incision spéciale qui pouvait s'adapter soit à une intervention abdominale, soit à une intervention rénale, a été choisie. Nous avons donc tout d'abord adopté l'incision de Bazy. Celle-ci nous a montré qu'il n'y avait pas de tumeur dans la loge rénale. Nous avons alors prolongé l'incision de Bazy, jusqu'à la ligne médiane et là nous avons branché sur elle une médiane qui nous a permis de relever un volet angulaire. Avec cette incision angulaire, nous avons obtenu un jour considérable. Nous croyons que cette incision est très indiquée pour les cas douteux où on hésite entre tumeur rétro-péritonéale et tumeur hépatique. Elle donne un jour large sur les deux loges.

b) L'OPÉRABILITÉ DE LA TUMEUR

L'opérabilité de la tumeur s'appuie sur son siège et sur les signes qui permettent de dire si la tumeur ne s'est pas généralisée.

Le siège de la tumeur importe beaucoup.

S'il est certain qu'il est possible d'enlever une tumeur sur la majorité de la périphérie du foie, il est néanmoins une région où cette ablation est contre-indiquée. Ce sont les cas où la tumeur se trouve au voisinage du hile. Dans ce cas, la richesse vasculaire du foie à ce niveau empêche toute exérèse, car celle-ci entraînerait fatalement une hémorragie dont on ne pourrait se rendre maître.

Signes de dégénérescence à distance.

Nous signalerons la possibilité d'ascite, de métastase viscérale qui semblent exceptionnels.

L'examen important se fera au niveau du foie. Il faudra rechercher les ganglions. Mais surtout par une palpation attentive il faudra rechercher s'il n'existe pas d'autres noyaux dans l'organe. La constatation de tels noyaux prouverait que l'adénome s'est déjà métastasié et que toute exérèse est absolument inutile.

c) CHOIX DE L'INTERVENTION

Comme nous l'avons vu, trois interventions se trouvent en présence : la résection,
l'énucléation,
la section.

Le choix du procédé sera commandé par la variété de l'adénome.

En effet, dans l'adénome bénin ou dysembryonne, il n'y a pas de signes de malignité et une opération limitée est suffisante. Ce sont alors des opérations plus faciles, moins choquantes.

Au contraire, dans l'adénome à tendance maligne il faut faire une opération aussi large que possible. C'est dire en un mot que :

1° Dans l'adénome bénin, l'énucléation ou la section du pédicule sont suffisantes.

2° Dans l'adénome à tendance maligne, la résection hépatique partielle, voire même l'ablation du lobe gauche dans les adénomes de ce lobe sont indiquées.

Malheureusement est-il possible de distinguer ces deux variétés ?

L'adénome à tendance maligne serait bosselé.

Il existerait un plan de clivage, dans l'un et non dans l'autre. En réalité, si il existe toujours un plan de clivage dans l'adénome bénin, il peut exister de faux plans de clivage dans l'adénome à tendance maligne.

Aussi est-on obligé d'avouer qu'il n'y a pas de signes formels permettant de faire ce diagnostic de variété tout au moins au point de vue macroscopique.

Faut-il alors faire dans tous les cas à cause de la crainte de la malignité, des résections hépatiques ? C'est là, perdre le bénéfice d'opérations plus faciles et moins choquantes qui trouvent leurs indications dans l'adénome bénin.

Nous pensons qu'une solution pourrait intervenir, et que la biopsie extemporanée pourrait être réclamée au cours de ces interventions.

LE PRONOSTIC DES ADÉNOMES

Nous arrivons maintenant à l'étude du pronostic des adénomes du foie, à la suite du traitement chirurgical. Nous distinguerons le pronostic post-opératoire immédiat et le pronostic tardif, en nous appuyant sur l'étude de trente-cinq observations que nous avons pu réunir.

A. — PRONOSTIC IMMEDIAT A LA SUITE DES INTERVENTIONS POUR ADENOMES DU FOIE

Les résultats obtenus à ce sujet seront fatalement sujets à caution; car notre statistique est insuffisante. Elle ne porte que sur 35 cas. Sur ces 35 cas nous comptons 5 morts survenues dans les suites opératoires immédiates. Ce qui ferait une mortalité de 13 %. En réalité, il serait inexact d'admettre ce pourcentage pour une double raison : la première, nous l'avons dit, notre statistique comporte trop peu de cas, la deuxième raison est non moins importante : les morts observées à la suite de ces observations ne paraissent pas toutes imputables à l'adénome lui-même. Nous allons nous expliquer en décrivant rapidement les circonstances dans lesquelles elles se sont produites.

Un premier cas concerne l'observation de Linz et Escher en 1887. Il s'agissait d'une tumeur pédiculée par un large pédicule. L'auteur ne connaissait pas les moyens d'hémostase actuelle, fait une hémostase insuffisante et rentre le foie dans l'abdomen. La mort survient rapidement par hémorragie.

Le deuxième des cas, concerne une observation de Franck Kidd, en 1911. Il s'agissait d'une résection hépatique partielle pour un adénome de la grosseur

d'une balle de cricket. L'opération ne semble pas avoir été laborieuse. Elle s'est même passée très simplement. La mort devait survenir dans des circonstances exceptionnelles. Une vague de chaleur se produit au London Hospital et le malade meurt en même temps que d'autres malades, d'insolation.

Le troisième cas concerne un malade de Huguenin, Cayla opéré par Mouchet. Il s'agissait d'un nourrisson de huit mois présentant un adénome du lobe droit qui fut énucléé. La mort survint par choc, deux heures après l'intervention. Il faut signaler que l'état général était très mauvais, qu'une hématurie importante s'était produite la veille et qu'enfin il existait en même temps un adénome de la surrénale.

Le quatrième cas concerne l'observation de Ph. Turner. L'auteur opéra une jeune femme qui présentait les signes d'une hémorragie interne grave et pense qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine rompue. Il découvre un adénome rompu et fait une résection. La malade devait mourir peu de temps après.

Enfin, le dernier cas concerne un malade de Mac Ree. Il s'agit d'une enfant de six mois, qui présentait une tumeur non clivable du foie. Il fait une résection. L'enfant meurt au cinquième jour, avec des signes d'ictère et d'occlusion

En résumé, sur ces cinq cas de mort :

L'une survient après une opération pratiquée à une époque où on connaissait mal les moyens d'hémostase du foie.

Une deuxième survient à la suite de circonstances

étrangères à l'opération et fut provoquée par une insolation.

Une troisième mort survient au cours d'adénome compliqué.

Enfin, deux morts surviennent chez les nourrissons qui meurent de choc, l'un rapidement, l'autre cinq jours après.

De ces 5 morts, 3 seulement nous paraissent devoir être logiquement imputées à l'opération pour adénome et nous permettent de conclure que l'opération est grave essentiellement dans deux cas.

1° Dans l'adénome compliqué quand il s'agit de rupture;

2 °Chez le nourrisson. Et ceci n'est pas pour nous étonner puisqu'on connaît depuis longtemps la résistance faible du nourrisson aux interventions.

Ces deux cas étant mis à part, la mortalité opératoire dans les adénomes du foie, nous apparaît des plus réduites.

B. — PRONOSTIC ELOIGNE DES ADENOMES DU FOIE OPERE

Les éléments de pronostic éloigné dans les adénomes du foie sont de deux sortes.

- les uns sont histologiques;
- les autres sont opératoires et découlent des premiers.

1° Éléments histologiques intervenant dans le pronostic éloigné des adénomes du foie

L'anatomopathologie va nous permettre d'obtenir des renseignements très importants dans le pronostic des adénomes du foie. Tout d'abord, elle seule va nous permettre de distinguer d'une façon formelle les deux variétés d'adénome du foie; distinction importante puisque dans un cas il s'agit d'une affection extrêmement bénigne tandis que dans l'autre il faut apporter les plus grandes réserves sur le pronostic éloigné.

Nous allons donc étudier successivement les aspects histologiques de ces deux tumeurs, nous reportant sans cesse à la description de Cathala à qui revient le mérite d'avoir bien individualisé les deux formes :

- l'adénome solitaire bénin ou dysembryome ;
- et l'adénome solitaire à tendance maligne.

a) L'ADÉNOME SOLITAIRE BÉNIN OU DYSEMBRYOME

Cathala donne la description du dysembryome hépatique en s'appuyant sur l'étude histologique de dix observations (Lecène, Duval, Tricomi, Von Bergmann, Tuholske, Franck Kidd, Linz et Escher, Ph. Turner, Hartmann)

Il reconnaît à l'adénome bénin ou dysembryome deux caractères propres : sa capsule et ses particularités histologiques.

1° Ces adénomes sont entourés d'une véritable capsule réalisant un plan de clivage entre la tumeur et le parenchyme hépatique.

2° Sa constitution histologique est bien individualisée. La tumeur est formée de cellules ayant tous les caractères des cellules hépatiques normales. L'anomalie résulte de l'enkystement au sein de la masse hépatique d'une portion de parenchyme, ne différant guère en somme du parenchyme normal. Cependant trois caractères la rendent un peu différente du parenchyme hépatique normal.

1° Il n'y a pas de disposition rayonnante autour d'une veine sus-hépatique : mais cependant le rapport entre les cellules et la trame conjonctivo vasculaire est, intégralement conservé. Le développement de l'épithélium et de la trame a été parallèle, harmonique.

2° Par ailleurs, l'ordination des cellules par rapport aux vaisseaux évoque l'aspect d'une glande endocrine normale. Il y a dans quelques cas de ces tumeurs un véritable aspect de glande vasculaire sanguine parfois renforcée par l'absence presque totale de canaux excréteurs.

3° Enfin, le dernier caractère particulier à ces tumeurs est donné par le développement parfois considérable de la trame conjunctivo vasculaire qui peut être telle que l'ectasie des capillaires intertrabéculaires donne un aspect angiomateux expliquant ainsi la friabilité de ces tumeurs.

Ainsi, Cathala a-t-il décrit ces adénomes bénins ou dysembryome leur donnant des caractères histologiques spécifiques qui permettent de les distinguer facilement des adénomes à tendance maligne. Le seul examen histologique suffit dans ces cas à affirmer la bénignité et à poser un pronostic éloigné bénin.

Ces tumeurs s'opposent aux adénomes à tendance maligne que nous allons étudier.

b) L'ADÉNOME SOLITAIRE A TENDANCE MALIGNE

L'adénome solitaire à tendance maligne est caractérisé.

- 1° Par son encapsulement spécial;
- 2° Par ses caractères histologiques;
- 3° Par son évolution.

1° *Encapsulement.* — Il existe autour de ces adénomes une capsule très nette : mais cette capsule est

à la fois très adhérente à la glande et à la tumeur. Aussi n'existe-t-il pas de plan de clivage : la tumeur n'est pas énucléable. Cette capsule est due au refoulement progressif par la tumeur, du parenchyme hépatique. Le parenchyme refoulé s'aplatit, les travées du foie s'atrophient et permettent l'adossement des capillaires radiés intertrabéculaires dont les parois sont doublées de tissus conjonctifs.

2° *Caractères histologiques de ces tumeurs.* — Les caractères histologiques de ces tumeurs sont donnés :

Par son aspect trabéculo-vésiculaire;

Accessoirement par le développement parfois considérable du système vasculaire;

Par des signes de malignité;

Par la constitution de son pédicule.

a) *Le tissu trabéculo vésiculaire.*

— *Formations trabéculaires.* — Elles sont constituées par des cellules rappelant les cellules hépatiques mais le groupement lobulaire a disparu. Les travées sont désaxées, s'enchevêtrent irrégulièrement, formées de cordons de cellules en nombre variable donnant des rubans sinueux. Les cellules qui les composent sont souvent volumineuses. Elles sont d'un polymorphisme extrême. Les unes sont claires volumineuses, arrondies avec un protoplasma grenu, d'autres sont plus proches des cellules normales, d'autres sont en dégénérescence homogène atrophique, les noyaux sont anarchiques, irréguliers dans leur forme, parfois clairs avec de volumineux nucléoles, d'autres fois constitués d'une chromatine dense et grossière. Le plus souvent on ne trouve pas de mitoses.

— *Formations vésiculaires.* — Les formations vésiculaires sont souvent bordées de cellules cubiques et contiennent une sécrétion de réactions variables. Les différentes formations d'aspects vésiculaires et

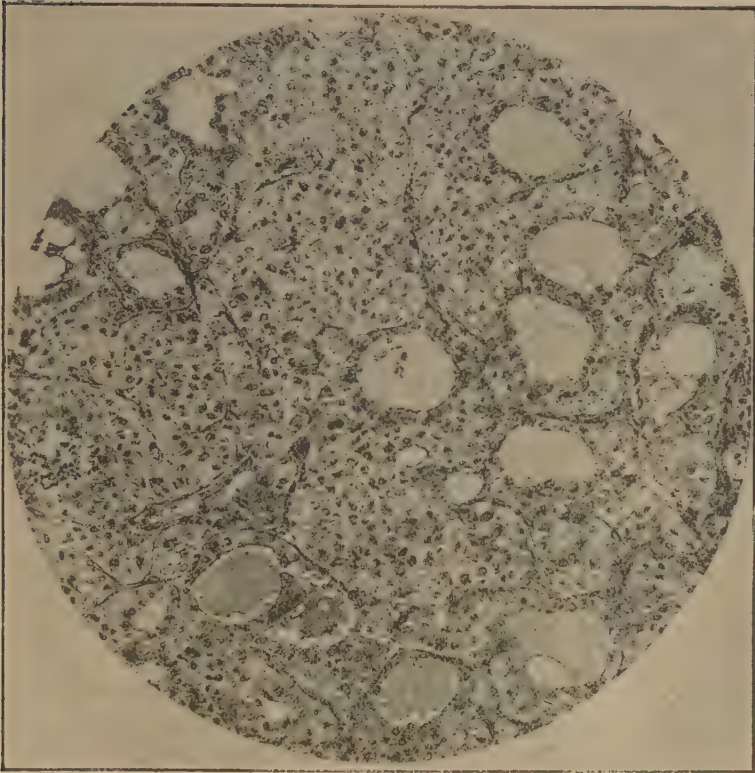


FIG. 6. — Coupe histologique montrant des formations trabéculaires et des formations acineuses.

trabéculaires sont réparties de façons variables pouvant donner tantôt un aspect essentiellement vésiculaire, tantôt un aspect plutôt trabéculaire.

b) En dehors de ces aspects signalons qu'il est fréquent de voir des capillaires ectasiés où peuvent se produire des hémorragies interstitielles qui peuvent donner à la tumeur un aspect angiomateux.

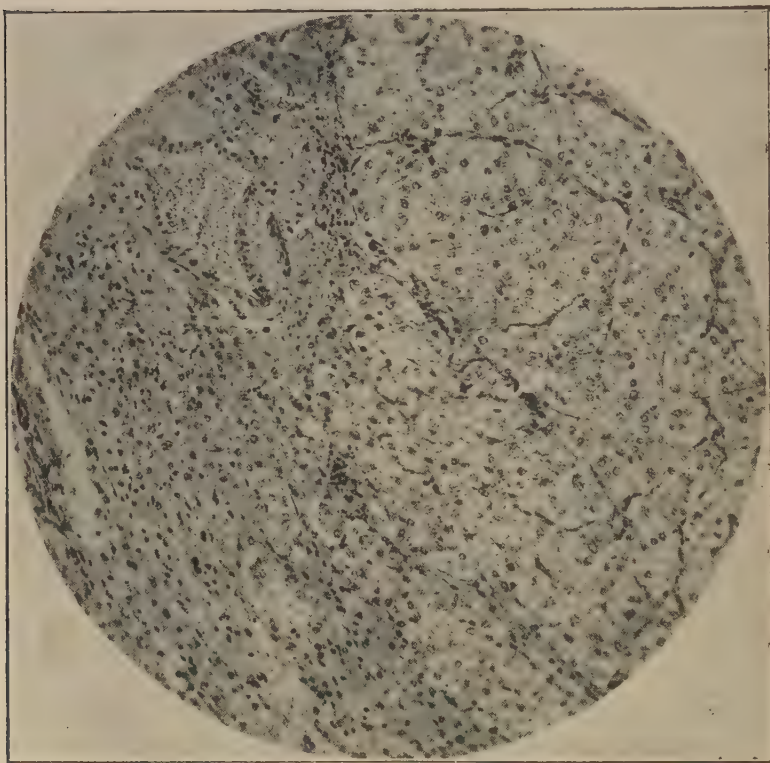


FIG. 7. — Coupe au niveau du pédicule montrant l'intrication du tissu hépatique normal et du tissu tumoral.

c) *Des signes de malignité existent plus ou moins dans ces tumeurs.*

Tout d'abord la structure anarchique de la tu-

meur, la structure anarchique des noyaux bien qu'on ne trouve pas en général de mitoses à plusieurs pôles, permet de ranger ces tumeurs parmi les tumeurs malignes.

Mais surtout il existe un signe de malignité manifeste, très importante : l'envahissement vasculaire dans ces tumeurs. Il prouve que ces tumeurs sont en voie de dissémination.

d) *L'examen histologique du pédicule* montre qu'en certains points le parenchyme hépatique et le tissu normal sont en contact et se pénètrent réciproquement.

3° *Evolution de l'adénome à tendance maligne.* — L'évolution de ces tumeurs va se faire en deux stades, l'un de malignité enclose pendant laquelle la tumeur se développe en vase clos dans sa coque conjonctive; l'autre de malignité réelle. C'est la période de généralisation.

En un mot, c'est appliquer aux tumeurs primitives du foie les idées déjà émises pour les tumeurs des autres organes glandulaires.

En tout cas, à cette seconde période, la tumeur va essaimer. L'envahissement se fait par les vaisseaux et essentiellement par les veines du pédicule. La généralisation se fait avant tout dans le foie. Géraudel-Renon et Monier-Vinard avaient même écrit : « Quel que soit le degré d'envahissement, il n'y a pas de métastases. Si des parties du tissu hépatique se détachent des bourgeons intravasculaires, elles ne se greffent pas dans l'organisme. En dehors du foie,

l'hépatome meurt ». En réalité pour fréquentes que soient les métastases dans le foie, nombreux sont les cas où les métastases furent découvertes ailleurs. Signalons les métastases au poumon, au péritoine.

Telle est l'évolution de l'adénome à tendance maligne avec ces deux phases, il serait très intéressant de savoir si par l'examen histologique on ne pourrait pas savoir si l'adénome en est arrivé ou non à sa phase de diffusion. Ceci nous amène à distinguer parmi les signes de malignité de ces adénomes, deux catégories de signes :

- *les signes de malignité propres à la tumeur;*
- *les signes de malignité de diffusion.*

LES SIGNES DE MALIGNITÉ PROPRES A LA TUMEUR.

Nous ne reviendrons pas sur ces signes qui sont la structure anarchique de la tumeur et l'anarchie des noyaux des cellules qui la constituent.

Les signes de malignité faisant prévoir la diffusion nous retiendront par contre plus longuement; un seul signe permet de la redouter, c'est la constatation de cellules épithéliales dans la lumière des vaisseaux, ce signe acquiert une valeur considérable, surtout si on le trouve au niveau des veines du pédicule. Malheureusement, ce signe est bien difficile à trouver.

1° L'envahissement vasculaire peut ne se porter que sur des points localisés;

2° la tumeur est souvent volumineuse, telle la nô-

tre, qui pesait 700 gr. Il est impossible d'examiner toutes les régions : malgré la multiplication des coupes.

Nous conseillons donc de faire des coupes sériees particulièrement au niveau de la région du pédicule.

La valeur de l'envahissement vasculaire est des plus grandes. Sa constatation permet de faire le diagnostic de tumeur ayant déjà donné des métastases.

Un seul malade avait une embolie vasculaire et n'a pas récidivé : c'est le malade de Garnett Whright. Mais ce malade n'a été surveillé que deux ans, délai insuffisant pour affirmer que la récidence n'aurait pas lieu.

Les autres, tel le malade de Toupet, ont récidivé

Tels sont les renseignements fournis par l'examen histologique. Ils permettent de distinguer :

- 1° Un adénome bénin revêtant le type cyto-architectural d'une glande vasculaire sanguine encapsulée et énucléable, de type parfaitement bénin;
- 2° Un adénome solitaire à tendance maligne encapsulé mais non énucléable, évoluant en deux phases dont l'une de dissémination pourrait être diagnostiqué par l'envahissement vasculaire.

2° Eléments de pronostic tirés de la technique opératoire employée

Le mode opératoire semble apporter un pronostic

plus ou moins favorable, suivant la technique employée.

Sur nos 36 cas, nous comptons :

15 adénomes bénins;

17 adénomes à tendance maligne;

4 adénomes dont nous n'avons pu déterminer la nature.

Nous éliminerons tout de suite les 15 cas d'adénomes bénins pour lesquels seul le pronostic opératoire immédiat se pose. Dans ces cas, quelle que soit la technique, le malade est resté guéri d'une façon définitive. De même, nous éliminerons les 4 cas d'adénomes dont nous n'avons pu savoir la nature histologique. Il reste donc 17 cas d'adénomes à tendance maligne dont un cas est à éliminer pour le pronostic éloigné puisque l'opération a été suivie de mort rapide (cas de Mac Ree). Le total des cas sur lesquels notre étude va porter se réduit donc à 16.

Parmi ces 16 cas d'adénomes malins, on trouve :

4 sections du pédicule;

12 résections hépatiques partielles.

1° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES 4 CAS DE SECTION DU PÉDICULE.

Sur ces 4 sections :

A) un cas a été perdu de vue, c'est le cas de Schragger, sur lequel nous n'avons pu obtenir aucun détail sur les suites opératoires éloignées.

B) 2 *récidives se sont produites* :

C'est le cas de Tricomi où la récurrence se produit 3 ans et demi après l'intervention au niveau du fond.

Et le cas de Toupet, où elle se produit 6 mois après.

c) Enfin, dans notre cas, la survie semble prolongée, mais elle n'est que d'un an et demi, et ce délai est insuffisant pour qu'on puisse en tenir compte.

2° RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES CAS DE RÉSECTION HÉPATIQUE PARTIELLE.

Sur les 10 résections hépatiques partielles, on dénombre :

2 cas perdus de vue;

6 récurrences;

4 survies prolongées.

a) *Les cas perdus de vue* sont ceux de Patel et celui de Challier.

Celui de Challier serait intéressant à connaître au point de vue des suites opératoires éloignées, car il existait des signes d'envahissement vasculaire.

Celui de Patel ne comportait pas d'envahissement vasculaire.

b) *Les récurrences* se voient dans 6 cas :

1° un cas de Duval qui récidive quelques mois après;

2° dans le cas de Cecarelli, la récurrence se produit au niveau du foie 3 ans et demi après l'intervention;

- 3° dans le cas de Groube, 11 mois après;
- 4° dans le cas de Riche, 1 an et demi après;
- 5° dans le cas de Soupault, 1 an après;
- 6° dans le cas de Coryn, 17 mois après.

En somme, les délais de récidence ont été successivement quelques mois : 11 mois, 1 an, 1 an et demi, 17 mois, 3 ans et demi.

c) *Survie prolongée.* Nous en trouvons quatre :

- 1° un cas de Garnett Wright où la malade est en bonne santé 3 ans et demi après;
- 2° le cas de Grey Turner où le malade est en bonne santé 2 ans après;
- 3° le cas de Fischer qui fut suivi de plusieurs grossesses;
- 4° le cas de Baumgartner et Fiessinger où le malade était en bonne santé 3 ans après. Il faut noter, dans ce cas très intéressant, que la résection hépatique porta sur tout le lobe gauche.

En somme, de cette étude, nous pouvons conclure que sur :

1° Trois sections suivies, on ne note qu'un seul succès relatif. C'est notre observation où nous trouvons que le délai post-opératoire est trop court pour pouvoir en juger.

2° Sur les 10 résections suivies, nous comptons 6 récurrences post-opératoires et 4 survies prolongées dont une après résection du lobe gauche.

Nous pensons donc que la résection hépatique partielle donne les meilleurs résultats, puisque sur les

cas opérés, on note en somme un tiers de bons résultats éloignés, sans du reste que cette proportion puisse avoir une grande valeur, puisque notre statistique ne porte que sur un nombre très limité de cas.

De cette étude du pronostic des adénomes du foie, on peut donc conclure que les éléments du pronostic doivent être tirés : de l'examen histologique, de la technique opératoire.

L'examen histologique va permettre de distinguer les deux grandes classes d'adénomes :

1° L'adénome bénin dans lequel, quel que soit le mode opératoire, le pronostic éloigné est toujours bon.

2° L'adénome à tendance maligne. Lorsque le diagnostic histologique sera fait, il faudra chercher les facteurs permettant de prévoir, dans la mesure du possible, le pronostic éloigné : ces facteurs sont :

a) *Le mode opératoire* qui devra consister en résection hépatique partielle et quand il s'agit du lobe gauche, peut-être de la résection de ce lobe.

b) *Les résultats de l'examen histologique de la pièce.* Ces examens devront être multipliés à la surface de la tumeur, particulièrement au niveau du pédicule. L'existence d'envahissement vasculaire indique que la tumeur en est arrivée à sa phase de diffusion et que la récurrence est presque certaine.

c) *En l'absence d'envahissement vasculaire,* le pronostic éloigné reste incertain et seule l'épreuve du temps permettra de conclure. Ajoutons qu'elle devra

être fort longue puisque des récidives sont possibles trois ans après.

Tels sont les éléments du pronostic éloigné des adénomes à tendance maligne, dans l'état actuel de nos connaissances.

CONCLUSIONS

Conclusions

CONCLUSIONS A PROPOS DU DIAGNOSTIC

Au point de vue diagnostique, on doit distinguer :

- les adénomes du foie non compliqués;
- les adénomes du foie compliqués.

1° *Adénomes non compliqués.*

a) dans 50 % des cas le diagnostic du point de départ de la tumeur n'est pas fait. Un point de diagnostic important est de savoir si cette tumeur de l'hypocondre est rétro-péritonéale ou intra-péritonéale.

b) dans les autres cas, l'origine hépatique de la tumeur est diagnostiquée, mais la nature même de la tumeur reste indéterminée.

c) tels sont les résultats de l'étude des observations que nous avons pu réunir avec les méthodes d'exploration actuelles, les méthodes hépatographiques avec le thorotrast devant être écartées en raison des dangers qu'elles présentent.

2° *Adénomes compliqués.* — Ici le diagnostic n'est jamais posé. Le tableau clinique est celui d'un syndrome abdominal aigu.

3° En un mot dans tous les adénomes le diagnos-

tic n'est jamais posé et seule la laparotomie exploratrice permettra de faire le diagnostic.

CONCLUSIONS AU POINT DE VUE OPÉRATOIRE :

1° *La voie d'abord.*

Elle sera des plus variables : deux cas sont cependant à considérer quand le diagnostic de tumeur du foie n'est pas fait.

a) Si on est sûr du diagnostic de tumeur intrapéritonéale, toute incision convient à condition qu'elle donne du jour.

b) Si on hésite entre tumeur intrapéritonéale et tumeur rétropéritonéale de la loge rénale, nous conseillons de faire tout d'abord l'incision de Bazy et la preuve faite du siège abdominal de la tumeur par l'absence de tumeur de la loge rénale d'associer à l'incision primitive une médiane. On crée ainsi un volet qui donne un large jour.

2° *La technique d'ablation.*

a) *Adénome bénin.* — Toutes les techniques sont bonnes, il y aurait donc intérêt à préférer les techniques les plus faciles : la section du pédicule, l'enucléation.

b) *L'adénome à tendance maligne.* — Seule la résection hépatique partielle large est logique. Voire même dans les tumeurs du lobe gauche la résection de ce dernier

c) La différenciation opératoire des adénomes étant pratiquement impossible on sera pratiquement toujours conduit à une résection. C'est pour cela que

dans l'intérêt du malade nous proposons la biopsie extemporanée.

CONCLUSIONS AU SUJET DU PRONOSTIC.

I. — Le pronostic opératoire semble peu grave sauf :

- dans les adénomes rompus,
- et dans les adénomes du nourrisson.

II. — Le pronostic éloigné :

- a) Dans les adénomes bénins est excellent;
- b) Dans les adénomes de tendance maligne très difficile à prévoir. Il s'appuie :

1° Sur les examens histologiques qui devront être multipliés dans la pièce. La constatation d'envahissement vasculaire permet de poser un pronostic très sombre;

2° Le procédé opératoire semble influencer sur le pronostic, la résection large semble avoir donné les meilleurs résultats, sur 10 résections, 4 n'avaient pas récidivé trois ans plus tard;

3° En définitive le pronostic éloigné s'appuiera avant tout sur l'épreuve du temps en sachant toutefois que des récidives peuvent se produire trois ans après l'intervention.

Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMOROSI. — Sul valore clinico del reperto negativo nell' epato-splenographia. (*Annali di Chirurgia*, 1932, vol. XI.)
- ARDUINO RATTI (*Radiologia Medica*, janvier 1936).
- ARRIGONI et PORTA. — Sulla spleno-epatographia mediante preparati di torio. (*Minerva Medica*, 1932, XXIII, vol. I.)
- Armand DELILLE, FÈVRE et LESTOQUOY. — Epithélioma du foie traité par hépatectomie partielle. (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, n° 7, octobre 1935.)
- AUBERTIN. — Adénome malin du foie. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, juin 1930.)
- AUVRAY. — Etude expérimentale sur la résection du foie. (*Revue de Chirurgie*, 1897.)
- BAUMGARTNER et FIESSINGER. — Adéno épithéliome trabéculaire du foie. Exérèse chirurgicale, guérison après trois ans. (*Académie de Chirurgie*, 15 juin 1935.)
- BURN KNOTT. — *Annals of Surgery*, 1917.
- BUCALOSI (P.). — L'adénome solitaire du foie. Etude anatomoclinique avec un cas opératoirement guéri. (*Archives Italiana di Chirurgia de Bologna*, mars 1932).
- BRAULT et LARY. — Article foie, in *Cornil et Ranvier*, 3^e édition, 1912, tome IV.
- BENASSI. — L'épatographia col biossido di torio colloïdale. (*Atti dell XI Congrès it dit Radiologa. Medica*, Perugia, 1934, relazione.)
- BOGETTI STOPPANI. — L'hepatosplenographia. Ulteriore contrilento sperimentale e chimico. (*Revista di Radio-e-Fis-med.*, 1933, vol. VII.)

- CALCHI NOVATI. — Contribution à l'étude radiologique pour le diagnostic des tumeurs primitives du foie. (*Radiologia Medica*, décembre 1936.)
- CAPNA. — Sulla epatographia. Invagine dell' ilioepatico. (*L'Ospeda di Bergamo*, 1932.)
- CATALAÑO. — Sulla epatografia. (*Rass. int. Clini. e Ter.*, 1932, vol. XII.)
- CAPRIO. — Résection du lobe gauche du foie. (*Societad di Chirurgia de Buenos-Ayres*.)
- CATHALA. — L'adénome solitaire du foie. Mai 1932. (*Thèse Paris*, 1921.)
- CATHALA et DELAGENIÈRE. — L'adénome du foie sans cirrhose. (*Annales de Médecine*, 1926.)
- CAYLA et HUGUENIN. — *Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer*. Mai 1927.
- CAUMARTIN. — L'adénome solitaire du foie au point de vue chirurgical. (*Thèse Paris*, 1929.)
- CÉCARELLI. — Tumeur pédiculée du foie. (*Arch. Italia di Chirurgia*, janvier 1925.)
- CECHERELLI et BIANCHI. — Suture hémostatique du foie. (*Bulletin du Congrès de Chirurgie Italien.*, 1894.)
- CHARPY. — Article foie in *Poirier et Charpy*, tome IV.
- COMTE et CERUTI. — Le thorostrast dans le diagnostic du carcinome hépatique. (*Minerva Medic.*, 18 août 1932.)
- CORNIL. — Physiologie normale et pathologique du foie. (Masson, 1922, Paris.)
- DARIER. — Adénome du foie. *Société Anatomique*, avril 1894.)
- DESJARDINS. — *Société des Chirurgiens de Paris*, juillet 1926.
- DEVE. — Adénome massif du foie. (*Normandie Médicale*, 1^{er} avril 1913.)
- DUVAL, REGAUD, ROUHIER, BEZY. — Les dangers de l'introduction de substances radioactives dans l'organisme. (*Académie de Chirurgie*, 25 novembre 1936.)

- ELLIOTT. — Traitement chirurgical des tumeurs du foie. (*Transaction of the American Surgical. Ass.*, 1897.)
- EMERICH ULMANN. — De la résection du foie. (*Revue de Gynécologie*, Paris, 1898.)
- ENGELHARDT. — Hunch Mediz, Wochensch, 1900. Ueber das multiple und solitaire adenome der leber. (*Deutsch. Arch. fur. Klin. Mediz.*, 1898.)
- ERHARDT. — Communication au Congrès de Médecine de Berlin. (*Semaine Médicale*, 18 avril 1902.)
- ERICKSENE RIGLER. — Roentgen Visualization of liver and spleen with thorium dioxyde sol. (*Journal of Am. Med. Ass.*, 1933.)
- FARANI. — Adénome solitaire primitif du foie. (*Arch. Brasileira di Medicini de Rio de Janeiro*, 1924.)
- FERVERS. — Ein-Todesfall nach Thorotrast. (*Roentgen-praxis*, 1933.)
- FETZER et HOPPE. — Die Anwendug des thorostrast bei der. Diagnostik intra abdominaler tumoren. (*Fort. d. Rontg.*, 1931.)
- FÈVRE. — *Journal de Chirurgie*, 1938.
- FISCHER. — Au point de vue de l'adénome du foie. Contribution casuistique. (*Deutsch. Zeitschrift, für chirurgie*, août 1928.)
- GALINDEZ et FIDEL. . . Adénocarcinome du foie avec métastases pulmonaires. (*Revista latin. America*, avril 1933.)
- GARNETT WRIGHT. — Carcinome primitif du foie, enlevé opératoirement. (*Société Médicale de Londres. Sect. de Chirurgie*, janvier 1923.)
- GARRAUD. — Accidents de l'artériographie avec les thorostrast. (*Paris Médical*, août 1937.)
- GEREMIO. — Sur un cas d'adénome acineux du lobe gauche du foie. (*Giornale Veneto di Scienze Med.*, mars 1935.)
- GIBERT. — Cancer primitif du foie. (*Thèse Paris*, 1886.)

- GIORDANE. — Enucléation d'un adénome du foie. (*Riforma Medica*, Naples, 1922.)
- GREY TURNER. — Extirpation d'adénome du foie (*Société Méd. de Londres*. Section de Chirurgie, janv. 1923.)
- GORTAN et TAGLIAFERRO. — Considerazioni cliniche radiologicke ed istologicke sell epatohemografia. (*Revisita di Radio. Fis. Med.*, 1935.)
- GROUBE. — In Terrier et Auvray. Tumeur du foie. (*Revue de Chirurgie*, 1897.)
- HARTMANN. — Adénome du foie traité par résection. (*Société de Chirurgie*, avril 1920.)
- HANOT et GILBERT. — Etude sur les maladies du foie, 1888.
- HUARD et MEYER MAY. — Recherches sur l'anatomie chirurgicale du foie. (*Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie d'Indochine*, 28 décembre 1935.)
- HUSTIN. — *Société de Chirurgie*, 2 juillet 1930.
- KADRKA. — Etude radiologique du parenchyme hépatique et splénique par introduction intraveineuse d'une solution colloïdale à base de thorium. (*Journal de Radiologie*, juin 1931.)
- KEEN. — *Boston Medical and Surgical Journal*, 1892.
- KELOCH et KIENER. — Histoire de l'adénome du foie. (*Arch. de Physiologie normale et Pathologique*, 1896.)
- KIDD FRANCK. — Extirpation d'une tumeur primitive du foie. (*Soc. Méd. de Londres*, section de Chir., 1923.)
- KLOSE. — Résection totale du lobe gauche pour cancer primitif du foie. (Analyse in *Journal de Chirurgie*, tome III, page 480.)
- KUNTZEN et W. VOGEL. — Résection expérimentale du foie et de la rate par les courants diathermiques. (Analyse in *Journal de Chirurgie*, tome 35, année 1930.)

- JACQUEMET. — *Thèse de Lyon*, 1894.
- LABORDE (Mme). — Les dangers des substances radioactives. (*Presse Médicale*, 25 novembre 1936.)
- LAGOS et GARCIA. — Trois cas de tumeurs congénitales du foie. (*La Prensa Medica Argentina*, 10 fév. 1924.)
- LANARRI, JORG et AGUIRRE. — Lésions viscérales résultant du blocage du système réticulo- endothélial par le thorotrast employé dans l'hépatographie. (*Presse Médicale*, 6 novembre 1937.)
- LAURENT et OZENNE. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 21 décembre 1928.
- LECÈNE. — *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, 9 décembre 1912.
- Art. tumeurs du foie in *Lecène et Leriche*, tome III.
- LENORMANT, BERTRAND et PATEL. — Considérations sur l'adénome solitaire du foie. (*Presse Médicale*, 17 novembre 1934.)
- LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. (*Semaine Médicale*, 11 mars 1894.)
- LEPOUTRE. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 6 mars 1932.
- LINZ et ESCHER. — Rapp. *Zentralblatt für Chirurg*, 1887, n° 5.
- MAC REE. — Adénome malin du foie chez un nourrisson. (*American Journal of Surgery*, juin 1935.)
- MARINO. — Adénome solitaire du foie. (*Bol. de la Soc. de Cirurgica Buenos-Ayres*, 1924.)
- MARSAN. — Dangers de l'introduction dans l'organisme de substances radioactives particulièrement du thorium. (*Journal d'Urologie*, mars 1937.)
- MARTIN et CROIZAT. — Les tumeurs solitaires du foie. (*Journal de Médecine de Lyon*, août 1929.)
- MONIER-VINARD. — L'hépatome. (*Thèse de Paris*, 1912.)
- MOULONGUET. — Adénome bénin solitaire du foie. (*Annales d'Anatomie Pathologique de Paris*, juil. 1929.)

- NADAL. — Trois cas d'adénomes vrais glandulaires du foie. Dégénérescence cancéreuse. (*Société Anatomique de Paris*, janvier 1913.)
- NICOD et PASCHOUD. — In *Journal de Chirurgie*, 7 décembre 1929.
- OTELL. — The reticulo endothelial system and its relation to the roentgen study of the liver and spleen after the intraveinone administration of thorium dioxide solution. (*Radiology*, 1932.)
- PALLAREZ IRANZO et BARTUAL VINCEM. — Single adenoma. (*Cron. Med. Valencia*, mai 1936.)
- PARINO. — L'épatosplénographie. (*Rad. Med.*, 1933.)
- PETIT-DUTAILLIS et LONGUET. — Torsion d'un adénome du foie. (*Société de Chirurgie*, 1930.)
- POPPER e KLEIN. — Neber hepato Linographie. (*Munch. Med. Woschr.*, 1931.)
- RENON GERANDEL et MONIER VINARD. — L'hépatome. (*Archives de Med. Exp. et d'Anatomie pathologique*, mars 1910.)
- RILBERT. — Adénome malin du foie. (*Deutsche mediz. Wochensch.*, 1911.)
- ROGER. — Physiologie normale et pathologique du foie. (Masson, 1922, Paris.)
- ROSSI. — Adénomes solitaires congénitaux du foie. (*Tumori Annales*, 15 octobre 1923.)
- ROUSSY, OBERLING et GUERIN. — L'action cancérigène du dioxyde de thorium chez le rat blanc. (*Académie de Médecine*, 18 décembre 1934.)
- SABOURIN. — Essai sur l'adénome du foie. (*Thèse Paris*, 1881.)
- SCHRAGER. — *Annales of Surgery*, janvier 1937.
- SERIGE. — Indépendance anatomique et physiologique dû aux lobes du foie. (*V^e Congrès de Médecine de Toulouse*, 1902.)
- SILHOL. — Tumeur du foie, résection, guérison. (*Société de Chirurgie de Paris*, 4 juillet 1923.)

- SOBRAZIN. — Adénome et cancer du foie (*Sud Médical et Chirurgical*, 15 janvier 1934.)
- SOUPAULT. — Résection d'un adénome malin du foie. (*Société de Chirurgie*, 18 février 1931.)
- STEWART EINHORN, ILLICK. — Hepatography and lienography following the injection of thorium dioxyde. (*Journal of Roentg.*, 1932.)
- STRONG et SMITH (C.-M.). — Tumor benigne hepatomas. Inttice of C. B. A. otrain. (*American Journal*, juin 1936.)
- SZYMONOWICZ (J.). — Sur l'adénome du foie et son traitement. (*Polski, Pizeglad, chirurgiczny*, tome XI, fasc. I.)
- TAVARES. — Solitary adenoma. (*Arq. de Pat.*, décembre 1934.)
- TEMORIN. — Tumeur bénigne du foie. (*Société de Chirurgie*, 3 février 1914.)
- TOMITA et KINOSHITA. — Surgical cure of adenome. (*Ztschr. d. Japan Chirurgie. Gesellsch.*, 1935.)
- TOUPET. — *Journal de Médecine*, n° 44, 1920.
- TUHOLCKL. — Adénome du foie. (*American Journal of Surgery*, 1912.)
- TURNER. — Exérèse d'un adénome du foie rompu. (*Soc. de Méd. de Londres*, 7 février 1923.)
- WALTHER. — Résection du lobe gauche. (*Soc. dle Chirurgie*, 30 juillet 1930.)
- WARFIELD. — Hépatolenography with the use of thoro-trast. (*Radiology*, 1932.)
- WRIGHT. — Technique de la résection du foie. (*The Lancet*, 1923.)

Table des Matières

Introduction	13
Observation personnelle	15
Conclusions	24
Diagnostic de l'adénome du foie :	
I. — Diagnostic de l'adénome du foie non compliqué	28
A) Diagnostic positif	28
B) Diagnostic différentiel	37
II. — Diagnostic de l'adénome compliqué	61
Hémorragie	61
Chirurgie de l'adénome du foie	66
A) Considérations anatomiques sur l'adénome du foie	68
1° Rapports de l'adénome par rapport au parenchyme hépatique	68
2° Caractères distinctifs entre les deux variétés d'adénomes	70
3° Les rapports du foie et de l'adénome	71
B) Les techniques opératoires	73
1° La section simple du pédicule	73
2° L'énucléation	75
3° La résection hépatique partielle	77
4° Les moyens de réaliser l'hémostase	83
C) Les indications opératoires	85
1° Adénome compliqué	85

2° Indications opératoires dans les adénomes non compliqués	86
Le pronostic des adénomes :	
A) Pronostic immédiat à la suite des interven- tions pour adénomes du foie	94
B) Pronostic éloigné des adénomes du foie opéré	97
1° Eléments histologiques intervenant dans le pronostic éloigné des adénomes du foie....	97
2° Eléments de pronostic tirés de la technique opératoire employée	105
Conclusions	113
Bibliographie	117

